TOM II. LIPIEC — PAŹDZIERNIK 1925 R. ZESZYT 3—4.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI RAZ NA KWARTAŁ PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra Czarneckiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, D-ra Dobrzańskiego, D-ra Gumińskiego, D-ra Guranowskiego, D-ra D. Hellina, D-ra Karbowskiego, D-ra Laskiewicza, D-ra Lublinera, D-ra Pieniążka, D-ra Polańskiego, Prof. Szmurły, D-ra Tryjarskiego, D-ra Wąsowskiego i Prof. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: D-r L. GURANOWSKI.
Wydawca: D-r J. CZARNECKI.
Sekretarz redakcji: D-r Wł. GUMIŃSKI.

TOM II LIPIEC—PAŹDZIERNIK 1925 r. ZESZYT 3—4.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY



Ś. P. PROF. DR. TEODOR HERYNG.

Wspomnienie pośmiertne.

Napisał Dr. L. Lubliner
były asystent szpitala św. Rocha, ordynator Szpitala Starozakonnych na Czystem.

W dniu 29 sierpnia 1925 r. zeszedł ze świata jeden z filarów nauki polskiej, jeden z twórców i nestor laryngologji polskiej który przez lat przeszło 50 dał nauce, a zwłaszcza naszej specjalności szereg prac wiekopomnych, a imię swoje wyrył niezatartemi zgłoskami w historji medycyny.

Gdy przed laty ośmiu upłynęło 50 lat pracy naukowej prof. Herynga, wypadki wojenne uniemożliwiły wówczas uczczenie go w na-

leżyty sposób, 50-ciu tylko znanych lekarzy polskich w uznaniu niepospolitych zasług i pracy naukowo-lekarskiej Herynga wydało jego szkic biograficzny.

Prof. Dr. Teodor Heryng urodził się w Warszawie 1 maja 1847 r. Otrzymawszy bardzo staranne wychowanie domowe, dla dalszej, po czterech latach pobytu w gimnazjum w Warszawie nauki, został przez ojca swego wysłany do szkół do Wrocławia, poczem powróciwszy do domu rodzicielskiego, ukończył szkołę średnią w Warszawie.

Na wydział lekarski wstąpił do znakomitej Szkoły Głównej, ukończył zaś go już w uniwersytecie w roku 1870. Niezwłocznie po ukończeniu udał się w charakterze wolontarjusza lekarza do wojskowych formacji Czerwonego Krzyża, funkcjonujących na terenie wojny franko-pruskiej w Nancy i okolicach.

Od r. 1871 dr. Heryng pracował w Instytucie Anatomji patologicznej prof. Virchowa, poczem udał się na studja specjalne do Wiednia, gdzie pod kierownictwem prof. Schröttera, Störka, Schnitzlera, Politzera i Grubera, zdobył podwaliny nowej podówczas jeszcze specjalności, otorhino-laryngologji. W klinikach paryskich u Fauvela, Krishabera studjował również naszą specjalność. Po powrocie do miasta rodzinnego przez szereg lat pracuje w klinice propedeutycznej prof. Baranowskiego, w pracowni chemji lekarskiej prof Fudakowskiego oraz przez lat kilka w Instytucie anatomji patologicznej prof. Brodowskiego i w pracowni histologicznej prof. Hoyera.

W ten sposób uzupełniwszy swe ogólno-lekarskie wykształcenie, w roku 1880 otrzymuje dr. Heryng ordynaturę w szpitalu św. Rocha.

Jeżeli do tej chwili dr. Heryng zdążył już napisać szereg prac naukowych, z których jedna była nagrodzona na konkursie im. dr. Helbicha *„O stosunku gruźlicy do zapalenia“*, to już wówczas można było rokować młodemu uczonemu świetną przyszłość naukową, co też z dalszego biegu prac Herynga zostało przez cały świat lekarski zadokumentowane.

Już w zaraniu pracy naukowo-lekarskiej Herynga widać, że zagadnienia, dotyczące gruźlicy, najbardziej Go interesowały. W roku 1872 pisze pracę o zaszczepialności gruźlicy oraz o histologji gruzełka i jego rozwoju, a w r. 1873 wydaje obszerniejsze studjum p. t. „Histologische und experimentelle Studien über die Tuberculose“. Są to prace, które stanowią podwalinę do wiekopomnych dalszych studjów i prac *nad uleczalnością gruźlicy krtani* i do wielkiej pracy nad chirurgicznem leczeniem suchot krtaniowych.

Od tegoż 1873 roku, rozpoczyna Heryng samodzielne studja nad zagadnieniami laryngologji i dzieli się swemi spostrzeżeniami w pismach specjalnych ze światem lekarskim całej Europy. Specjalność młodą rozwijać danem mu było należycie, a że obdarzony był wielkim darem spostrzegawczym, łatwością wysławiania się i wybitnemi zdolnościami literackiemi oraz wyśmienitem znawstwem języków obcych, to też prace swoje z niezmierną łatwością przekładał na język francuski i niemiecki i wten sposób Europa lekarska zapoznawała się z laryngologją polską.

Od r. 1874 do 1887 zdążył ś. p. Heryng napisać szereg prac wartościowych, a mianowicie:

O polipach krtani; Zwężenie błoniaste tchawicy; Modyfikacja aparatu Tobolda; O leczeniu zwężeń krtani metodą Schröttera; O lampie tleno-naftowej Brügelmana; Fissura mucosae Störka; Igła w krtani; Zwężenie krtani, wywołane przedziurawieniem struny głosowej; Poliskop Trouvé'go; O nowych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych; O wyroślach adenoidalnych; Porażenie mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych; O chronicznem zapaleniu gardzieli i formie t. zw. bocznego zapalenia; O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani; Sprawozdanie z Oddziału dla chorób dróg oddechowych w szpitalu św. Rocha; Przyczynek do techniki rozszerzania zwężeń krtani; Włókniaki skóry i włókniak tylnej ściany krtani; Pharyngomycosis leptothricia; Kwas chromowy i jego zastosowanie w chorobach nosa, gardzieli i krtani; Ciała obce w krtani i przełyku; O owrzodzeniach kataralnych krtani i ich stosunku do gruźlicy, Przypadek twardzieli nosa i błoniastego zarośnięcia tylnych nozdrzy; O działaniu znieczulającem kokainy; Lupus nasi et palati mollis; Nowotwory nosa i jamy nosowo-gardzielowej; O rhinolitach i ciałach obcych w nosie; O przedziurawieniu przegrody nosa pochodzenia niesyfilitycznego; O nerwicach zwrotnych; O zaburzeniach nerwowych w przebiegu cierpień gardzieli; Kwas mleczny jako środek leczniczy w gruźlicy krtani.

W roku 1887 ś. p. dr. Heryng wydaje pierwszą pracę o chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności. Od tego też roku datuje się najpotężniejsza wydajność pracy naukowej, i klinicznej w całej działalności Herynga. Ten okres do r. 1898 — to dziesięciolecie nazwać możemy złotym okresem tego wielce oryginalnego i niewyczerpanego w pomysłach i wynalazczości umysłu. W tym to okresie, po skrzętnem opracowaniu pod względem anatomo-patologicznym, klinicznym i leczniczym dużego materjału, ujrzały światło dzienne prace

nad chirurgicznem leczeniem gruźlicy krtani, ujęte w jedno dzieło, które w krótkim czasie zostało przetłómaczone na języki francuski, niemiecki i rosyjski. Dzieło to spotkało się z przychylną krytyką całego szeregu uczonych świata i rozniosło sławę Herynga do wszystkich ośrodków pracy naukowo-lekarskiej. Na ten też okres przypada praca o prześwietlaniu elektrycznem jamy Highmora. W tym celu Heryng skonstruował odpowiednią lampę elektryczną, która w zmodyfikowanej nieco postaci (przez Vohsena) dotychczas jest używana w laryngologji. W tym też czasie doktoryzuje się Heryng w Paryżu, przedstawiwszy pracę p. t. Phlegmon nécrotique du larynx et ses rapports avec l'angine érysipélateuse. Następnie pracuje nad elektrolizą w cierpieniach, nosa, gardzieli i krtani; wspólnie z niezapomnianym gastrologiem, d-rem Mikołajem Rajchmanem pisze pracę o prześwietlaniu żołądka i kiszek oraz oddzielne dziełko o prześwietlaniu wewnętrznych organów.

Współcześnie modyfikuje i konstruuje cały szereg narzędzi do kiuretowania nacieków gruźliczych krtani.

W r. 1894 robi doświadczenia nad wstrzykiwaniem płynów gruźliczych do dróg oddechowych i zdaje sprawę z tych doświadczeń na zjeździe międzynarodowym w Rzymie.

W następnych latach pisze: o phenolu sulforycynowym i jego zastosowaniu w chorobach nosa i krtani; o brodawczakach krtani; O autoskopji krtani i tchawicy podług Kirsteina; O znieczulającem działaniu ortoformu; O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani; O nowych metodach i aparatach inhalacyjnych i o zastosowaniu terapji inhalacyjnej w leczeniu suchot płucnych.

W roku 1905 wydaje podręcznik p. t. „Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani“, nadzwyczaj oryginalnie ujęty i napisany z własnego na każdym punkcie przeżycia i wielkiego doświadczenia klinicznego. Dzieło to zostało przetłomaczone na języki francuski, niemiecki i rosyjski i należycie ocenione przez powagi laryngologji w Europie.

Jeszcze długi szereg prac, dotyczących higjeny głosu, sportu, terapji inhalacyjnej, sterylizacji mleka za pomocą aparatu własnego, popularne broszury, dotyczące pielęgnowania skóry, odzieży sportowej, o szkodliwem działaniu alkoholu i tytoniu, higjeny dróg oddchowych o gimnastyce oddechowej, o zatruciu gazami i td. — uzupełniają wielki dorobek naukowy naszego mistrza.

Również dodać winienem, że z oddziału dr. Herynga wyszły pra-

ce byłych asystentów, dr. W. Wróblewskiego, dr. W. Ołtuszewskiego, dr. L. Lublinera i dr. Z. Dobrowolskiego.

Ś. p. dr. Heryng był za prace swoje wielokrotnie wyróżniany. Już w r. 1871 otrzymał nagrodę im. Helbicha za pracę doświadczalną i anatomo-patologiczną o stosunku gruźlicy do zapalenia. W roku 1909 otrzymał pierwszą nagrodę konkursową im. dr. Helbicha za podręcznik: „Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani".

Za przyrząd do prześwietlania jamy Highmora na wystawie w Krakowie otrzymał medal srebrny. Na wystawie higjenicznej w Warszawie uzyskał dyplom honorowy pierwszej klasy za preparaty mikroskopowe, dowodzące wyleczalności gruźlicy krtani.

Za przyrządy inhalacyjne własnego pomysłu, pozwalające regulować dowolnie ciepłotę spray'u (termoregulator) i za przyrząd, zamieniający w stan gazowy przy temperaturze 50^0 C., leki balsamiczne i antyseptyczne, które parują dopiero przy temperaturze od 100^0 do 230^0, otrzymał dr. T. Heryng w Krakowie dyplom uznania w 1904 roku.

Ś. p. dr. T. Heryng był członkiem honorowym Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, prezesem honorowym Tow. Oto-Rhino-Laryngologicznego, członkiem korespondentem towarzystw lekarskich w Krakowie, Wiedniu, Berlinie, Budapeszcie i Liége, tow. anatomicznego w Paryżu, tow. elektroterapeutycznego w Paryżu, tow. Oto-Rhino-Laryngologicznego w Paryżu, tow. Laryngologicznego w Odesie i Petersburgu, członkiem honorowym tow. lekarskiego w Wilnie, tow. Laryngo-Otiatrycznego w New-Yorku, członkiem Royal Society of Medicine w Londynie, członkiem Tow. Naukowego w Warszawie i członkiem honorowym Tow. lekarskiego w Łodzi.

Po tem krótkiem zestawieniu zasług mego Niezapomnianego Nauczyciela i Mistrza mogę rzec, że wystawił On sobie za życia pomnik spiżowy z prac pierwszorzędnej wartości, o których znaczeniu żaden lekarz w ogólności i żaden laryngolog w szczególności nigdy zapomnieć nie powinien.

Cześć Jego pamięci!

Prof. JAN SZMURŁO
(Kierownik Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie).
Odczyt wygłoszony na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Warszawie dnia 13—VII 1925 r.

Bliższe i dalsze następstwa operacji doszczętnej ucha środkowego.

Jedno z najważniejszych zagadnień w otjatrji stanowi sprawa operacji doszczętnej ucha środkowego. I nic dziwnego. Z operacją tą bowiem związana jest kwestja wyleczenia przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego oraz wszelkich możliwych, od niego zależnych powikłań. Operacja ta bez wątpienia rozszerzyła znakomicie teren otjatrji, uczyniła z niej gałąź chirurgji i to chirurgji wielkiej, przenikającej do najgłębszych uchyłków i zagłębień kości skroniowej, do jamy czaszkowej, do samej substancji mózgowej w poszukiwaniu ropni mózgowych pochodzenia usznego, chirurgji, możemy śmiało powiedzieć, ciężkiej i nadzwyczaj odpowiedzialnej, bo w każdym ze swych wielkich zabiegów walczącej o życie chorego.

Na operację tę odczasu wprowadzenia jej przez *Zaufala* w roku 1891 do skarbnicy lekarskiej, pokładano nadzwyczajne nadzieje. Zdawało się, że teraz nareszcie jesteśmy w posiadaniu środka niezawodnego na przewlekłe ropienia, i że teraz ten tylko chorować powinien na ropotok z ucha przewlekły, kto nie dba zupełnie o zdrowie własne. Jednakże z czasem, kiedy pierwszy zapał minął, kiedy poczęto sprawdzać otrzymane wyniki, okazało się, że, aczkolwiek wistocie w operacji tej zyskaliśmy potężny środek do leczenia najcięższych postaci ropnego zapalenia ucha środkowego, jednakże w wielu razach środek ten zawodzi, że w wielu razach, nie usuwając nawet ropienia, pogarsza stan chorego, gdyż powoduje osłabienie słuchu i czyni człowieka do pracy zawodowej niezdolnym. W kilkanaście lat po wprowadzeniu operacji doszczętnej poczęto się zastanawiać, czy rzeczywiście zawsze potrzebny jest tak radykalny zabieg Zaufalowski z zupełnem wygładzeniem całej jamy bębenkowej, z usunięciem młoteczka i kowadełka, z tą albo inną plastyką przewodu, i czy nie lepszy wynik otrzymamy, postępując w sposób mniej radykalny, nie usuwając kosteczek, nie ruszając błony bębenkowej. Występuje *Heath* ze swym sposobem operacji doszczętnej oszczędzającej (konsevatiwe Radikaloperation), która w prędkim czasie zyskuje duży zastęp zwolenników, zostają opracowane dla tej metody coraz ściślejsze wskazania, ulepsza się coraz bardziej jej technika. Zresztą i w zakresie Zaufalowskiej operacji doszczętnej praca trwa dalej. I tu

również spotykamy się z coraz większemi postępami, z coraz lepszą techniką w celu otrzymania lepszych niż dotychczas wyników. Jednem słowem, praca nad zdobyciem coraz lepszych wyników w jednem z najcięższych cierpień usznych wre we wszystkich klinikach otjatrycznych. Z jednej strony *Gyergyay, Thiess, Carlovitz* powracają do pierwotnej, nieco zresztą zmodyfikowanej operacji Stackego, operując tylko z przewodu zewnętrznego, otwierając nawet tą drogą nie tylko antrum, ale i komórki sutkowe, *Barany,* operując zwykłą drogą od strony wyrostka sutkowego unika z zasady usu nia pozostałych kosteczek, błony bębenkowej, a nawet ziarniny z jamy bębenkowej, porzuca zupełnie dawne metody plastyki przewodu, unika tamponowania, dłuższego nad kilka dni, a powraca znowu do usuwania ziarniny ze strony przewodu zewnętrznego. Z drugiej znowu strony *Wittmaack* jak najdokładniej wyskrobuje jamę bębenkową zwłaszcza w okolicy okienka okrągłego, dolnej ściany jamy bębenkowej (hypotympanon), za pomocą specjalnych sposobów dąży do zamknięcia światła trąbki Eustachjusza oraz wprowadza specjalny płat mający na celu oprócz zakrycia rany kostnej i przyspieszenia epidermizacji jeszcze również i zamknięcie ujścia bębenkowego trąbki. *Dench* stosuje stale w szerokim zakresie metodę Thierscha, pokrywając po operacji, całą powierzchnię rany przeniesionym z innych miejsc naskórkiem. Jednem słowem następuje przewartościowanie wartości w tej dziedzinie, poszukiwanie nowych dróg, nowych sposobów, żeby operację doszczętną zrobić jak najbezpieczniejszą i jak najpożyteczniejszą. Widzimy więc, że akta operacji doszczętnej nie są bynajmniej zamknięte, i że dużo jeszcze wody upłynie, zanim odpowie ona tym nadziejom i oczekiwaniom, jakie w niej przed laty pokładano. Dlatego jest rzeczą wielce pożyteczną, że sprawa tej operacji weszła na porządek obrad sekcji otolaryngologicznej zjazdu polskich lekarzy i przyrodników. W sprawie tej pozwalam sobie zabrać głos, przyczem ograniczę się wyłącznie do kwestji bliższych i dalszych następstw operacji doszczętnej. Zacznę od sprawy najważniejszej, dla której głównie dokonywa się operacji, mianowicie: wygojenie całkowite rany pooperacyjnej, a wraz z tem wyleczenie przewlekłego ropotoku usznego.

Poglądy w tej materji są różne, poczynając od najbardziej optymistycznych aż do bardzo pesymistycznych. Tak np. amerykański otolog *Smith,*[1]) na pytanie, jakich wyników należy oczekiwać od operacji doszczętnej odpowiada: „Przy właściwej technice wyniki są doskonałe". Dalej wszakże wprowadza ograniczenia: „Ucho albo jest suche, albo istnieje skąpa śluzowata wydzielina z trąbki Eustachjusza z zupełnem

usunięciem wszelkiego niebezpieczeństwa". Inni autorowie są w rokowaniu co do wygojenia znacznie ostrożniejsi. *Lermoyez*[2]) ostrzega przed zbytnią wiarą w zbyt pomyślne (trop brillantes) dane statystyczne wyzdrowienia, gdyż jak powiada, (zbyt często chorzy operowani, których uważa się za wyleczonych, są tylko p r a w i e w y l e c z e n i". Inni wreszcie jak *Wittmaack*[3]) w swych obliczeniach dochodzą do wniosku, że tylko zaledwie piąta część chorych po operacji doszczętnej zostaje zupełnie wyleczona. Mianowicie *Laurowitzch* z kliniki Jenajskiej podaje ścisłe obliczenia, z których widać, że tylko w 21%-ach następuje zupełne wyleczenie u pozostałych 79% chorych w dalszym ciągu trwały mniej lub więcej ciężkie objawy chorobowe. W 100 przypadkach *Raucha*[4]) z kliniki Urbantschitscha w Wiedniu operowanych w ciągu 2 lat u 57 chorych pozostały mniejsze lub większe zmiany zapalne w uchu operowanem. *Henius i Schousboe*[5]) ze statystyki szpitala w Odensee wybrali doszczętnych 301 operacji w ciągu lat 2-u. Z tej liczby autorowie mogli zebrać dokładne dane o 135 operowanych, z nich 15 obustronnie, czyli razem 150 operacyj doszczętnych. W 67-u przypadkach (45 proc.) nastąpiło całkowite wyleczenie, czyli zupełna epidermizacja jamy pooperacyjnej, w 87-u zaś wyleczenia nie było, jednakże pośród tych ostatnich wielu było takich, u których zjawiała się tylko niewielka wydzielina śluzoworopna z ujścia trąbki Eustachjusza. Widzimy więc z tych danych, że operacja doszczętna daje zupełne wyleczenie co najwyżej w połowie przypadków, a tylko w 21 proc. otrzymuje się powierzchnia *„gładka jak lustro"* (Spiegelglat,), według określenia *Wittmaacka.*

Należy zastanowić się nad przyczynami, które ujemnie wpływają na przebieg operacji doszczętnej. Do takich przyczyn należy przedewszystkim stan odżywiania. Im to odżywianie jest lepsze, tem i wynik operacji będzie pomyślniejszy i wyleczenie nastąpi prędzej. Ten wybitny wpływ odżywiania szczególnie wyraźnie daje się stwierdzić, jeżeli porównamy wynik operacji doszczętnej u chorych przeważnie niezamożnych, leczonych w klinikach i szpitalach, i u chorych z warstw zamożniejszych leczonych w praktyce prywatnej. Na sprawę tę zwrócili już uwagę oddawna otolodzy, zalecając chorym po operacji doszczętnej obfite odżywianie i środki wpływające pomyślnie na wytwarzanie się krwi, przetwory żelaza, arszeniku, środki wzmacniające czynność serca. *Müller*[6]), a za nim *Wodak*[7]) z kliniki otolaryngologicznej uniwersytetu niemieckiego w Pradze Czeskiej próbowali przyspieszyć proces gojenia przez podawanie chorym przez dłuższy czas naparstnicy, wychodząc z założe-

nia, że wzmocnienie czynności serca, a wraz z nim wzmożony dopływ krwi do rany wpłynie pomyślnie na przebieg pooperacyjny. Jednakże otrzymane wyniki nie odpowiadały teoretycznym założeniom. Że warunki odżywiania odgrywają pierwszorzędną rolę, widać z danych przytoczonych w pracy *Kutepowa*[8]) z kliniki w Petersburgu (obecnie Leningradzie), gdzie na 95 przypadków ropienia ucha środkowego i wyrostka sutkowego z których 65 było operowanych (antrotomia i operacja doszczętna) w 65 przypadkach wynik był nie pomyślny, w czem 41 przypadek śmierci. Na 65 przypadków operowanych było 44 przypadki niepomyślne z nich 24 przypadki śmierci. W reszcie na 51 przypadek operacji doszczętnej było 39 przypadków niepomyślnych, z nich 14 przypadków śmierci (27,5 proc.). Taki ogromny proc. zejść śmiertelnych w klinice znanej z doskonałego urządzenia i opieki objaśnić można tylko nadzwyczaj niepomyślnemi warunkami odżywiania i bytowania, w ktorych zmuszona była żyć ludność zwłaszcza miejska w Rosyjskiej Rzeczypospolitej Sowietów.

Oprócz odżywiania na wynik operacji nadzwyczaj wybitny wpływ wywiera sposób wykonania operacji i pod tym względem istotnie można by się zgodzić na twierdzenie *Smitha,* że operacja wykonana w sposób właściwy daje wynik doskonały. Również ważny jest okres pooperacyjny. Opatrunki wykonywane dokładnie z zachowaniem zasad aseptyki, z bacznem zwracaniem uwagi, ażeby nigdzie nie tworzyły się przestrzenie martwe z zastojem ropy, z usuwaniem w ten lub inny sposób nadmiernej ziarniny w wielu razach są w stanie naprawić nawet pewne niedokładności operacji.

Dalej, jedną z najczęstszych przyczyn niepomyślnego, wyniku operacji jest przewlekłe zapalenie trąbki Eustachjusza, ponieważ wydzielina nieżytowa trąbki drażni powięrzchnię jamy pooperacyjną, wywołuje macerację już istniejącego naskórka, a nawet może wpływać na rozrost ziarniny. Dla tego tam, gdzie mamy do czynienia z zapaleniem trąbki Eustachjusza, nigdy nie możemy być pewni wyniku zupełnie pomyślnego po operacji doszczętnej i tu musimy wszelkiemi sposobami dążyć do wyleczenia owego nieżytu.

Wyskrobywanie ujścia trąbki, przypalanie w wielu razach zawodzi, Być może skuteczniejszym się okaże sposób podany przez Wittmaacka, a polegający na zatkaniu trąbki za pomocą przeciągniętego przez trąbkę catgutu z nawiązanemi na nim węzłami.

Niekiedy niepomyślny wynik powoduje pozostawienie w ranie chociażby najdrobniejszego ogniska zapalenia kości, z którego sprawa zapalna szerzy się dalej wgłąb i na obwodzie, wywołując ból głowy

i tworzenie się ziarniny niczem nie dającej się powstrzymać. W tych razach tylko ponowne obnażenie rany i usunięcie wszystkich ognisk zapalnych może dać zagojenie. Zresztą możliwe to jest tylko wówczas, kiedy sprawa zapalna w kości nie dotknęła pokrywy kostnej błędnika. W tym ostatnim wypadku wyczekujemy. aż się proces ograniczy i części zniszczone same się wydzielą, i tylko w razie groźby powikłania wewnątrzczaszkowego przystępujemy do operacji na błędniku, opierając się na wynikach badania płynu mózgowordzeniowego w myśl wskazał *Lunda*[9]).

Drugiem ważnem następstwem operacji doszczętnej jest stan słuchu po operacji. Pod tym względem wynik może być trojaki: albo następuje poprawa słuchu, albo pogorszenie, albo wreszcie słuch pozostaje bez zmiany. Taki lub inny wynik zależnym jest od stanu słuchu przed operacją i od postaci, w jakiej nastąpiło zagojenie.

Co do pierwszego: Możemy wogóle postawić jako prawidło, że im gorszy był słuch przed operacją, tym większą jest szansa, że po operacji nastąpi jego poprawa, i odwrotnie, im lepszy był słuch przed operacją, tym częściej zdarza się jego pogorszenie. Za granicę słuchu, przy którym możemy się spodziewać poprawy, praktyka pokazała, że należy przyjąć. 1. m. dla szeptu

Co do drugiego: praktyka wykazała, że tam, gdzie zagojenie nastąpiło zupełnie gładko, gdzie cała powierzchnia wgłębienia pooperacyjnego jest zupełnie równa i gładka, pokryta błyszczącym „jak lustro", według Wittmaacka, naskórkiem, tam możemy się spodziewać poprawy słuchu albo przynajmniej, że nie będzie jego pogorszenia. Przeciwnie tam gdzie powierzchnia zagojona jest nierówna, gdzie się potworzyły zgrubienia, fałdy, zrosty, tam słuch w wielu razach może uledz pogorszeniu. Szczególnie niebezpiecznemi dla słuchu są zgrubienia i bliznowate nawarstwienia w okolicach okienek, zwłaszcza okrągłego. Niepomyślny również wpływ na słuch wywiera usuwanie kosteczek słuchowych, młoteczka i kowadełka. W tych razach, gdzie przed operacją słuch był mało osłabiony, usunięcie kostek słuchowych napewno sprowadzi jego pogorszenie. Ta własnie okoliczność skłoniła Heatha do wprowadzenia t. zw. oszczędzającej operacji doszczętnej, polegającej, jak wiadomo, na zachowaniu kosteczek słuchowych, a nawet bębenka. Tą samą myślą kierowali się jego zwolennicy w Niemczech i we Francji, a nawet w pewnej mierze i *Barany*[10]), który również oszczędza kosteczki i błonę śluzową jamy bębenkowej i nawet wstrzymuje się od plastyki przewodu zewnętrznego. Że rozwój techniki w wynikach pooperacyjnych co do słuchu ma wybitne znaczenie,

wykazują dane statystyczne. Według *Politzera* np., który mówi o wpływie operacji doszczętnej na słuch w kilka lat po jej wprowadzeniu, wywołuje ona w większości przypadków pogorszenie słuchu. Tego samego zdania była wówczas większość otjatrów. Jednakże już w 1906 roku statystyka *Dencha* daje wyniki bardzo pomyślne. Że 111 przypadków operacji doszczętnej w 99 stwierdził poprawę słuchu, w 9-u słuch bez zmiany i w 3-ch tylko przypadkach jego pogorszenie.

Buche w roku 1902 na 102 przypadki operacji doszczętnej stwierdził 35 razy poprawę słuchu, 31 razy pogorszenie i 36 razy bez zmiany. Wreszcie *Biörkmann*[11]) w roku 1924 na 53 przypadki operacji doszczętnej w 17-u otrzymał poprawę, w 15-u pogorszenie i w 21-ym bez zmiany, a na 20 przypadków operacji doszczętnej oszczędzającej w 11-u przypadkach była poprawa, w 3-ch tylko pogorszenie i w 6-u słuch pozostał bez zmiany. W ten sposób autor ten otrzymał 38 proc. poprawy słuchu, 25 proc. pogorszenia i 37 proc. bez zmiany.

Widzimy, więc, że pierwotna opińja otjatrów, jakoby operacja doszczętna pogarszała słuch, jest nieuzasadniona, i że w 3-ej części, a nawet u niektórych w połowie przeszło przypadków słuch po operacji doszczętnej poprawia się.

Przejdźmy teraz do innych następstw, zresztą na szczęście nie stałych, zdarzających się stosunkowo dość rzadko, ale pomimo to zasługujących na najzupełniejszą naszą uwagę, tembardziej że w większości przypadków są one groźne dla życia chorego. Do takich następstw należy między innemi porażenie nerwu twarzowego. W klinice otjatrycznej przyzwyczailiśmy się w większości przypadków uważać porażenie tego nerwu za następstwo błędu technicznego, spowodowane niezręcznośćą operatora. W istocie tak bywa w wielu przypadkach. Jednakże jeżeli zważymy, że pomimo wielkiego rozwoju techniki operacyjnej zdarza się ono od czasu do czasu nawet u operatorów najzręczniejszych, świadczy to wymownie, że oprócz niezręczności lub niedopatrzenia wchodzą tu w grę i inne czynniki, jak braki kostne w ścianie kanału kostnego, a nieraz nawet całkowite jego zniszczenie i obnażenie nerwu na przestrzeni całego centymetra, a nawet więcej, jak to w jednym przypadku w roku 1918 podczas operacji doszczętnej miałem możność spostrzegać. W podobnych razach zachowanie w całości nerwu, jak to mi się wówczas szczęśliwie zdarzyło, jest rzeczą przypadku. Wiadomo dalej, że jedno z najczęstszych powikłań przewlekłego ropotoku usznego, perlak rzekomy, niszcząc kość, oszczędza nerw. Jakże łatwo w podobnych przypadkach przerwać oto-

czoną ze wszystkich stron masami guza perlistego cienką nić nerwową pomimo najwyższej ostrożności operującego!

Niedowład nerwu, ujawniający się po operacji, bywa wywołany przez uszkodzenie jego przewodu kostnego podczas operacji, albo wskutek ucisku zbyt szczelną tamponadą. Po kilku tygodniach zwykle znika bez śladu.

Porażenie nerwu twarzowego, chociaż dla życia niegroźne, sprawia nim dotkniętemu wiele przykrości, zniekształca twarz, wreszcie szkodliwie się odbija na oku, pozostającem stale niedomkniętem.

Daleko groźniejszem następstwem operacji doszczętnej jest zapalenie błędnika. Występuje ono w dwuch postaciach, surowiczej i ropnej, albo niezwłocznie po operacji, albo po upływie dni kilku, a nawet kilkunastu. Rozpoznanie w pierwszej chwili jest bardzo trudne. Podawane w podręcznikach objawy różniczkowe, całkowite zniesienie czynności błędnika w zapaleniu ropnem i częściowe tylko w zapaleniu surowiczem nie wytrzymuje próby życiowej, na każdym bowiem kroku spotykamy przypadki, gdzie przy częściowem tylko zniesieniu czynności błędnika następcze objawy ze strony opon, wskazujące na ich ropne zapalenie, przeniesione z błędnika, dowodzą, że ten ostatni był zajęty również sprawą ropną. Daleko pewniejsze wskazówki otrzymamy z badania formuły leukocytowej krwi i z badania płynu mózgowordzeniowego. Przeprowadzone w ciągu roku ubiegłego w mojej klinice badania w tym kierunku przez asystenta kliniki d-ra *Wąsowskiego* wykazały, że w przypadkach zapalenia surowiczego formuła leukocytowa nie wiele się różni od normalnej, natomiast w zapaleniu błędnika ropnem liczba neutrofilów znacznie się powiększa, zwłaszcza postaci pałeczkowatych, dochodząc nieraz do 20-u, a nawet do 30-u proc., liczba zaś limfocytów i monocytów zmniejsza się wybitnie dochodząc zaledwie nieraz w ogólnej sumie od 10-u do 15-u proc, również ważnem jest badanie płynu mózgowordzeniowego na zawartość leukocytów i limfocytów za pomocą kamery Fuchs-Rosentala, jakkolwiek to ostatnie badanie pośrednio tylko wskazuje nam na postać zapalenia, gdyż, wykazując zwiększenie się liczby leukocytów w kamerze, mówi nam o grożącem albo nawet rozwijającem się już ropnem zapaleniu opon mózgowych, z czego a posteriori sądzić możemy, że zapalenie błędnika, dające zapalenie opon ropne, również jest ropnem. Doniosłość tej metody zmniejsza się przez to, że niekiedy przy powtórnem nakłuciu nie możemy otrzymać płynu z kanału mózgowordzeniowego, co nas pozbawia bardzo ważnego środka rozpoznawczego. Zapalenie błędnika w następstwie operacji doszczętnej jest zjawiskiem stosun-

kowo dość rzadkiem: na 640 przeszło operacji doszczętnych w szpitalu miejskim w Kopenhadze, *Lund* podaje 248 zapaleń błędnika, w tem 26 pooperacyjnych. Stanowi to około 3-ch proc. operacyj doszczętnych i przeszło 10 proc. zapaleń błędnika. Na 23-y operacje doszczętne dokonane w mojej klinice w ciągu 15-u miesięcy mieliśmy 8 zapaleń błędnika z tych 3 pooperacyjne o charakterze surowiczym. Sprawa powstawania tych zapaleń nie jest zupełnie jasna. Dotychczas przyjmowano za główną przyczynę tego powikłania uraz w postaci uszkodzenia dłutem kostnej ściany przewodów półkolistych oraz wyciągnięcie strzemiączka z okienka owalnego. Uraz przewodów półkolistych miałby wywołać zapalenie surowicze zwykle bardzo pomyślnie przebiegające; wyrwanie zaś strzemiączka ma za następstwo zapalenie ropne. *Barany* podaje sam 2 przypadki własne, w których po wyskrobywaniu okolicy okienka owalnego wystąpiły wkrótce objawy zapalenia błędnika z następczemi objawami mózgowemi i zejściem śmiertelnem. Z tego powodu jest on przeciwny wyskrobywaniu tych okolic, a przynajmniej zaleca nadzwyczajną ostrożność. *Wittmaarck* jest odmiennego zdania. Sądzi on, że sprawa ta nie jest tak prostą, jak się na pozór wydaje. Własne jego doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia podczas operacji wykazały: że uszkodzenie okienka, wyrwanie z niego strzemiączka nie jest bynajmniej łatwe, że w sprawach zapalnych ucha środkowego strzemiączko bardzo często jest przykryte grubą warstwą bliznowatej tkanki, którą wyskrobać jest bardzo trudno, że to samo daje się widzieć często i w okienku okrągłem. Jego doświadczenia z wprowadzeniem u zwierząt do jamy bębenkowej soli wapnia poczem u zwiarząt występowały objawy zapalenia nekrotycznego błędnika, poprzedzonego przez ostry obrzęk błędnika błoniastego, każą mu przypuszczać, że i w przypadkach operacji doszczętnej prawdopodobnie zachodzi podobne zjawisko. Jakiś płyn, posiadający zdolność łatwego przenikania przez błony, przedostaje się do błędnika, wywołuje tam obrzęk, powoduje to ucisk naczyń błędnika błoniastego, a wraz z tem upośledzenie odżywiania tkanek i następczą martwicę. Do tak z mienionej tkanki z łatwością przedostają się drobnoustroje, wywołujące ropienie, i w ten sposób powstaje ropne zapalenie błędnika. Im grubszą jest tkanka w okienku, tym zjawiska dializy zachodzą łatwiej. Dla tego *Wittmaack* radzi wbrew zdaniu *Barany'ego* właśnie wyskrobywać bardzo starannie okolice obu okienek i dno jamy bębenkowej, gdyż tą drogą najłatwiej unikniemy tego zawsze groźnego i ciężkiego, a często wprost śmiertelnego powikłania.

Hypoteza *Wittmaacka,* jakkolwiek bardzo pociągająca, ma jednak

wiele niejasności. Cóż to bowiem za płyn, powodujący po wessaniu do błędnika zjawiska obrzęku, dla czego błony grubsze łatwiej powodują dializę, niż cienkie błony normalne. Wszystkie te pytania wymagają dalszych badań, pozostawiając sprawę zapaleń pooperacyjnych błędnika niewyjaśnioną.

Wittmaack zwraca jeszcze uwagę na jeden punkt, mogący wywołać powikłanie po operacyjne ze strony błędnika, a mianowicie na sposób tamponowania rany po operacji, zalecając tamponowanie bardzo lekkie oraz używanie drenów szklanych i częste opatrunki, w razie potrzeby, nawet dwa razy dziennie. W ten sposób można zapobiec, albo przerwać rozwijające się zapalenie błędnika.

Jako dalsze następstwo ropnego zapalenia błędnika pooperacyjnego występuje ropne zapalenie opon mózgowych. *Lund,* cytowany już wyżej przezemnie, na 26 przypadków labyrinthitu pooperacyjnego w 12 razach notuje powikłanie oponowe. Niektórzy, jak *Wittmaack,* zaliczają ropne zapalenia błędnika pooperacyjne do najgroźniejszych, najłatwiej przenoszących się na opony.

Wreszcie w bardzo rzadkich przypadkach, jako następstwo operacji doszczętnej, występuje ropień mózgowy. O takiem pochodzeniu ropnia nie znajdujemy wzmianki ani u *Körnera*, ani u *Jansena,* ani u innych autorów piszących o ropniach mózgowych. Jeden tylko *Eagleton*[12]) w ustępie o ropniach móżdżkowych podaje uraz operacyjny albo późniejsze zakażenie tkanki mózgowej podczas opatrunków, jako jednę z przyczyn powstawania ropni móżdżku. Wyraża się on o tej sprawie w sposób następujący: „zostały ogłoszone liczne przypadki wystąpienia objawów mózgowych bezpośrednio w następstwie operacji doszczętnej na wyrostku sutkowym lub w czasie późniejszym podczas opatrunków rany, co wskazuje, że ropień móżdżkowy był prostym wynikiem zabiegu chirurgicznego, albo też że został spowodowany przez zakażenie wtórne podczas opatrunków". Pogląd taki należy, sądzę, uważać za zupełnie słuszny, tylko nie należy go ograniczać do samych ropni móżdżkowych, ale rozszerzyć go również i na ropnie środkowego dołu czaszkowego, gdyż i tu mogą zajść te same warunki, które wywołały powstanie ropnia móżdżkowego. Przeszukując odnośną literaturę nie znalazłem odpowiednich przypadków, powołać się wszakże mogę na dwa przypadki ropni mózgowych, które spostrzegałem i operowałem, jeden w roku 1915, drugi zaś w roku 1919. Pierwszy przypadek dotyczył 19-letniej panny, której w lutym 1915 r. dokonałem doszczętnej operacji z powodu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego z próchnieniem usznych kostek

i ropieniem z antrum mastoideum. Przebieg pooperacyjny z początku był zupełnie normalny. Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu chorą, czującą się zupełnie dobrze, nie gorączkującą, wypisałem ze szpitala. zalecając chodzić na opatrunki dobrze zresztą podgojonej rany do ambulatorjum usznego w szpitalu św. Ducha w Warszawie, gdzie jej 3 razy tygodniowo robiłem opatrunek. W trzy tygodnie może po opuszczeniu szpitala chora poczęła skarżyć na bóle głowy, z początku nieznaczne, powoli wszakże coraz bardziej się wzmagające, jednocześnie wystąpiło uczucie zimna w postaci dreszczy. Ze strony rany dały się zauważyć objawy gorszego gojenia. Zjawiła się blada, ale dość bujna ziarnina, która pomimo przypalania kwasem chromnym wciąż się odnawiała. Wreszcie bóle głowy stały się tak mocne, że chora z zawodu służąca nie mogła pracować. Chorą umieściłem z powrotem na oddziale chirurgicznym, gdzie wystąpiły objawy mózgowe, jak: wielka apatja, zamroczenie świadomości, jednocześnie podniesienie ciepłoty do 38 st. C. Objawów zajęcia opon żadnych nie stwierdziłem, brak było również jakichkolwiek objawów, wskazujących na zajęcie móżdżku albo błędnika. Wobec tego postawiłem rozpoznanie ropnia mózgowego i niezwłocznie przystąpiłem do operacji. Po odbiciu kości stanowiącej sklepienie jamy sutkowej twarda opona okazała się nie zmienioną, ale mocno napiętą. Przekłucie próbne wykazało obecność ropy w mózgu na głębokości 2-ch ctm. Po przecięciu napiętej twardej opony wypuściłem zgłębnikiem żłobkowanym z otwartego ropnia przeszło łyżeczkę dość gęstej ropy. Do jamy ropnia wprowadziłem sączek i nałożyłem opatrunek. Wieczorem po operacji chora poczuła się lepiej, bóle głowy znacznie się zmniejszyły, ciepłota spadła do 37,5 C. noc chora spędziła dość spokojnie, Następnego dnia bóle głowy pod wieczór powróciły z dawną mocą, poczem chora wpadła w stan śpiączki, ciepłota podniosła się do 39 8. Nad ranem chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało ropień w prawym zrazie skroniowym, który się przerwał do komory bocznej.

Drugi przypadek dotyczył młodzieńca lat 25 z zawodu ogrodnika, z przewlekłem ropieniem w uchu środkowem prawem i z bólami ze strony prawego wyrostka sutkowego. Choremu temu podczas trepanacji zraniono zatokę poprzeczną, co spowodowało objawy ropnicowe, dla których usunięcia dokonałem operacji doszczętnej i podwiązania żyły jarzmowej wewnętrznej prawej, poczem objawy ropnicowe powoli ustępować poczęły i rana goiła się normalnie. W półtora miesiąca od pierwszej operacji chory z doskonale podgojoną, prawie zagojoną raną wypisał się ze szpitala. Pozostało tylko na górnej

ścianie jamy sutkowej niewielkie miejsce pokryte ziarniną i nie gojące się. W parę tygodni po opuszczeniu szpitala chory przybył do mnie ze skargami na ból głowy i na ropienie ze strony rany. Ranę znalazłem prawie zagojoną, tylko na dawnem miejscu na tegmen antri granulacje się rozrosły i stały się miękkie i blade. Ziarninę tę ostrożnie wyskrobałem. W kilka dni później chory przybył do mnie bardzo zmieniony, ze skargami na coraz silniejsze bóle głowy, oraz na dwojenie w oczach, przyczem stwierdziłem porażenie nerwu zewnętrznego prawego. Wygląd rany w miejscach niezagojonych zupełnie brzydki. Widzimy ropę barwy brudno żółtej z krwią zmieszaną i bladą wątłą ziarninę. Objawów oponowych nie stwierdziłem. Chory został niezwłocznie umieszczony w lecznicy d-a Solmana, gdzie następnego dnia dokonałem operacji. Po usunięciu pokrywy jamy sutkowej i bębenkowej widać było mocno wypukloną i przekrwioną twardą oponę. Przekłucie próbne zraza skroniowego wykazało brudną cuchnącą ropę. Po przecięciu twardej opony i otwarciu ropnia wylała się z jamy wytworzonej przez ropień prawie łyżka cuchnącej ropy. Po operacji stan chorego narazie się poprawił, jednakże w dwa dni po operacji wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i po 5-ciu dniach nastąpiła śmierć. Sekcji zwłok nie było.

W obu wymienionych przypadkach nie mieliśmy żadnych danych do przypuszczania ropnia mózgu przed operacją, operacji doszczętnej dokononano na podstawie zwykłych wskazań, tylko w drugim przypadku zaszło powikłanie, zranienie zatoki i następcza ropnica. Dopiero w kilka tygodni po operacji wystąpiły objawy ze strony mózgu, wskutek tego oba ropnie należy uzależnić od operacji doszczętnej i dalszego przebiegu. Być może ropień spowodowało zanieczyszczenie rany podczas pobytu w domu, być może, że gdyby ci chorzy aż do ostatecznego wygojenia pozostawali w szpitalu, nie doszłoby do wytworzenia ropni, wszystko to są przypuszczenia, nie zmieniające wszakże głównego faktu, że zjawiły się oba ropnie po operacji i że w związku z tą ostatnią stanowczo je postawić należy. Przypadki te przeczą poglądowi *Eagletona*, że tylko ropnie móżdżkowe powstają niekiedy pooperacji doszczętnej. Tego smutnego zaszczytu, jak widzimy, nie można odmówić i ropniom mózgowym.

Ten krótki przegląd następstw, jakie spotykamy po operacji doszczętnej, zdaje się, uprzytomnił w dostatecznej mierze, że na operację doszczętną należy patrzeć, jako na zabieg bardzo poważny, nie pozbawiony wielu niebezpieczeństw, zabieg, którego następstwa pomimo największej uwagi, najskrupulatniejszego rozważenia wszystkich pro-

i contra nie zawsze dają się przewidzieć. Potrzeba jeszcze dużo pracy, dużo wysiłków ze strony otologów, zarówno pod względem wskazań, jak i techniki operacji i opatrunków zanim wyniki operacji będą w zupełności odpowiadały zamierzeniom, jakie sobie lekarz podejmujący operację postawił.

Piśmienictwo. 1) I. M. Smith, Indications for Radical Mastoid Operation. Laryngoscope 1924 str. 224. 2) M. Lermoyez, Traité des Maladies de l'Oreille 1921. 3) H, Wittmaack. Zur Technik, Komplikation u Indikation der Radikaloperation Zeitschrift f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk. T. I, str. 1. 4) M. Rauch, Von welchen Faktoren hängen die Hörresultate bei Radikaloperationen ab. Monatschr. f Ohrenh. 1917, str. 466. 5) P. Hennius und Schousboe. Untersuchungen betreffend die Dauerresultate der Totalaufmeisselung des Mittelohres. Acta Otolaryngol. Vol. VI, str. 138. 6) E. Wodak, Zur Digitalistherapie Radikaloperierter sowie chronischer Otorrhoen, Archiv f. Ohrenheilk. T. 101, str. 231. 7) Müller, Ohrenärztliche Studien zur Klinik des Gesamtkreislaufs, Archiv t. Ohrenheilk. T. 98, Z. 4. 8) I. P. Kutepow. Ueber die Bedeutung des Konstitutionsmoments in der Pathogenese der Ohrenerkrankungen, Zeitschrift f. H. N, u. Ohrenh. T. 9, str. 449. 9) R. Lund, Indications de la Labyrinthectomie déstructive diffuse aigue a point de départ dans l'oreille moyenne. Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx 1922, str. 1181. 10) R. Barany, die Indikationen zur Labyrinthoperation. Acta Otolar. Vol. VI, str. 260. 11) Halvor Björkmann, Auditory results of Radical Operation for chronic Otitis. Acta Otol. T. VI, str. 159. 12) Eagleton. L'abscés de l'encéphale.

D-r TADEUSZ WĄSOWSKI
(asyst. kliniki)

Laseczniki Vincenta w klinice oto-rhino-laryngologicznej.

Z kliniki Otolaryng. U. S. B. w Wilnie. Kierownik Prof. D-r Jan Szmurło.

We wstępie muszę zaznaczyć, iż nie jest moim celem przedstawienie w ramach niniejszego referatu całokształtu spraw chorobowych, wywołanych przez wrzecionkowce i krętki Plaut - Vincenta. Chcę tylko na podstawie spostrzeżeń kliniki Otolaryngologicz-

nej Un. Stefana Batorego w Wilnie zwrócić uwagę na pewne odrębne cechy tych cierpień, tak ze względu na ich umiejscowienie jak i charakter.

Cierpieniu, znanemu pod nazwą anginy Plaut - Vincenta, albo anginy wrzodziejąco - błoniastej (angine ulcero - membraneuse francuskich autorów) poświęca się od lat trzydziestu dużo miejsca w literaturze, przyczem zarówno obraz jego kliniczny jak i bakterjologiczny zostały w dostatecznym stopniu wyjaśnione. Przyczyną tego cierpienia są, zdaje się, dwa drobnoustroje — laseczka wrzecionowata i krętek Plaut - Vincenta, spotykane przez różnych autorów i w zdrowej jamie ustnej. Dotychczas autorowie, piszący o anginie, zajmowali się przeważnie najczęstrzym jej umiejscowieniem w jamie ustnej, oraz w cieśni gardlanej — zwłaszcza na migdałkach. Dopiero w piśmiennictwie lat ostatnich znajdujemy luźne wzmianki o przypadkach schorzeń narządów poza jamą ustną położonych, wywołanych przez wymienione drobnoustroje. Vincent w roku 1905 mówi o przypadkach spotykania tych zarazków w ropnych procesach traktu pokarmowego; podkreśla on tu nekrobiotyczne własności b. fusiformis.

Held, Ewers spostrzegali wrzecionkowce i krętki Plaut - Vincenta w przewlekłem ropieniu ucha środkowego. Frenzel i Cheatle, Bernea, Gerlach—w schorzeniu ucha zewnętrznego, Feldman znalazł je w ropniu móżdżku. Jates — w zapaleniu wyrostka sutkowego, Waldapfel, Deutsch — w przypadkach ostrego ropienia z ucha.

W r. 1913 na posiedzeniu Wiedeńskiego T-wa lekarskiego Kassowitz przedstawił chorych z atypowem umiejscowieniem cierpień, wywołanych przez zarazki Plaut-Vincenta, na języku, śluzówce policzków, krtani, odbytu.

Carnot i Blamontier opisali przypadek rhinitis et conjunctivitis ac. wywołany przez te drobnoustroje. Pilot i Léderer znaleźli wymienione zarazki w 2 przypadkach ropnego zapalenia komórek sitowych.

W Nr. 29 z r. zeszłego Pol. Gaz. Lek. podałem własny przypadek operowanego ropnia mózgu, w ropie którego stwierdziłem obecność wrzecionkowców i krętków Plaut - Vincenta.

Ponieważ przypadki odnajdywania tych zarazków w sprawach ropnych, szczególnie poza jamą ustną umiejscowionych, są dotychczas bardzo nieliczne, charakter zaś wywołanych przez nie cierpień, dających niekiedy zejście smiertelne, jak świadczą o tem podane przez Graley'a, Stoecklin'a Ellermann'a, Mayer'a, Texier'a, Delsaux, Wąsowskiego, nie jest jeszcze wcale ustalony, pozwolę sobie podać tu do wiadomości w możliwie któtkiem ujęciu kilka spostrzeganych przez

siebie przypadków cierpienia, wywołanego przez zarazki Plaut - Vincenta, nie pozbawionych, moim zdaniem, znaczenia dla sprawy symptomatologji.

Przypadek I. Chory P. 48 l. rymarz z zawodu. Od tygodnia przy objawach ogólnego niedomagania cierpi na silne bóle gardła, uniemożliwiające mu prawie połykanie, t^0 — 38,3°, język obłożony, wilgotny; foetor ex ore. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Gardło—lekkie zaczerwienienie okolicy migdałków, łuków i tylnej ściany. Krtań: nagłośnia silnie obrzmiała, zakrywa prawie całkiem wejście do krtani, z lewej strony jej powierzchni językowej owrzodzenie brudne, wielkości 2 groszy. Głos nieco ochrypły. Struny lekko zaczerwienione.

Nos, uszy — bez zmian.

Badanie mikroskopowe wydzieliny z owrzodzenia dało czystą hodowlę wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta. Choremu zastosowano neosalvarsan dożylnie i miejscowo. Po trzech tygodniach wyzdrowienie.

Przypadek II spostrzegałem w kilka miesięcy później. W tym razie owrzodzenie umiejscowiło się w okolicy nalewek, wywołując wskutek reakcyjnego obrzmienia tkanek objawy silnej duszności. Leczenie neosalvarzanem również dało wynik pomyślny.

Dwa te przypadki zasługują na uwagę, nie tyle ze względu na charakter cierpienia, gdyż i w jamie ustnej spotykamy podobne owrzodzenia, wywołane przez te drobnoustroje, ile ze względu na rzadkie ich umiejscowienie w krtani, oraz na niebezpieczeństwo, na jakie podobni chorzy mogą być narażeni.

Własności nekrobiotyczne zarazków Plaut - Vincenta, dając, jak widzieliśmy, z jednej strony — obraz głębokich owrzodzeń tkanki, a więc nekrozy jej, z drugiej strony mogą prowadzić do zniszczenia całkowitego tkanki z wytworzeniem się w niej ropnia, lub martwaka, jeśli na drodze zarazka tego stanie kość.

Postaram się zilustrować to kilku spostrzeganymi przez siebie na klinice otolaryn. U. S, B. w Wilnie przypadkami.

Przyp. III. Chory Ż. 70 l. rolnik. Przed 2 miesiącami poczuł nieznaczne bóle nosa, oraz zauważył ropną wydzielinę z nosa. Od tygodnia silniejsze bóle nosa, utrudnienie oddechania nosem.

Badanie wykazało: nos zgrubiały, nieco zaczerwieniony, bolesny na dotyk. Przy uniesieniu palcem końca nosa do góry widzimy zatykające światło jam nosowych, symetrycznie z obu stron przegrody nosa umiejscowione, dwa guzy, miękie, czerwone, nieco bolesne na

dotyk, chełboczące. Jama ustna—bez zmian. Krtań, uszy—N. t^0—37,4^0 Nakłucie próbne guza dało ropę cuchnącą, zmieszaną z krwią, zawierającą ogromną liczbę wrzecionkowców i krętków Pl. V. Ropień rozcięto z obu stron. Chrząstka obnażona, lecz niezropiała. Rany wysączkowano. Po kilku dniach chory opuścił klinikę z raną niezagojoną. Więcej chorego nie widziałem.

Przypad. IV. S. W. 60 lat, stolarz, od kilku dni poczuł ból języka z lewej strony, uniemożliwiający jedzenie i utrudniający mowę.

Badanie jamy ustnej wykazuje: język zgrubiały, prawie nieruchomy, obłożony; foetor ex ore. Na dotyk język bolesny, najbardziej z lewej strony, mniej więcej na środku jego długości. Wyczuwa się w tem miejscu stwardnienie. Na wyrostku zębodołowym żuchwy po lewej stronie na miejscu drugiego przedtrzonowego zęba widzimy korzeń o ostrym brzegu. Nos, uszy — bez zmian. Krtani ze względu na bolesność badania nie obejrzałem.

Nakłucie języka dało ropę zmieszaną z krwią, cuchnącą, zawierającą wrzecionkowce i krętki Pl. V. Ropień rozcięto, jamę ropną wysączkowano. Po kilku dniach wygojenie.

W przypadkach tych po dostaniu się zarazków wgłąb tkanki nastąpiła nekroza jej z wytworzeniem się ropni o zawartości cuchnącej, krwawo zabarwionej.

Przypad. V. B. D. chłopczyk 2½ l. od 1½ roku ropienie z obu uszu. Przed tygodniem zauważono skrzywienie twarzy dziecka, jednocześnie dziecko stało się apatyczne.

Stan obecny. t^0—37,3^0; tętno 152. Narządy wewnętrzne bez zmian. Dziecko nieco apatyczne, jednak reaguje na badanie krzykiem.

Ropienie z obu uszu obfite. Prawy przewód zewnętrzny mocno zwężony; w obu jamach bęb. krwiawiąca ziarnina. Obrzęku za uchem niema z żadnej strony, bolesności również. Niedowład prawego nerwu twarzonego.

Badanie ropy z uszu wykazało obecność ogromnej liczby wrzecionkowców i krętków Pl. V. oraz nieliczne gronkowce.

Wykonana niezwłocznie operacja radykalna (kol. Czarnowska) na prawem uchu wykazała rozmiękczenie całego wyrostka, dużo zropiałej ziarniny; prócz tego stwierdzono martwak kostny w okolicy otworu trąbki Eustachiusza, drążący w kierunku piramidy, który usunięto. Plastyka przewodu słuchowego zewnętrznego. Ranę za uchem zeszyto u góry, w dole sączek. W okresie pooperacyjnym ciepłota stale do 38. Na 6-ty dzień wymioty, tętno zwolnione (do 90 przy t^0 — 38). Innych objawów mózgowych brak. Na 7-y dzień exitus letalis,

Sekcja zwłok wykazała: meningitis purulenta diffusa, labyrinthitis purulenta.

Przypad. VI. A. S. 22 l. żołnierz. Chory od 4 miesięcy. Cierpienie rozpoczęło się bólami w klatce pierściowej, kaszlem. Po pewnym czasie zaczęło boleć za lewem uchem, zjawił się obrzęk, z powodu którego chory 26/V. 24 r. przybył na oddział chirurgiczny szpitala wojskowego w Wilnie.

Rozpoznano ropowicę, którą przecięto; ponieważ jednak podczas operacji stwierdzono, iż punktem wyjścia jest wyrostek sutkowy, chorego przeniesiono na oddział uszny tegoż szpitala.

Badanie wykazało: budowa wątła, odżywianie niedostateczne; chory blady. Na szyi z lewej strony za uchem rana operacyjna, z której wydziela się w miernej ilości ropa, krwawo zabarwiona. Bolesność na wyrostku sutkowym lewym, szczególnie u szczytu. t^0—38; tętno 100. Serce, narządy jamy brzusznej bez zmian. W płucach oddech zaostrzony nad obu szczytami. Nos, gardło, krtań—bez zmian. Badanie uszu wykryło tylko nieznaczne osłabienie słuchu na lewe ucho. Badanie moczu, plwociny — bez wyniku. Pirquet — ujemny.

Zgłębnik wprowadzony do rany przechodzi w kierunku wyrostka sutkowego. Operacja (prof. Szmurło) dokonana dopiero po upływie 2 tygodni (21.VI), gdyż wcześniej chory się na nią nie zgadzał, wykazała duże zniszczenie wyrostka sutkowego z obfitem wytworzeniem się cuchnącej ziarniny. Od szczytu wyrostka idzie ku dołowi w tkankach miękkich kanał, łączący ranę operacyjną na wyrostku z raną od poprzedniej operacji. Obie rany połączono jednem cięciem.

W ropie z komórek wyrostka sutkowego znaleziono czystą hodowlę wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta.

Po operacji chory przez 3 tygodnie czuł się lepiej, rana jednak okazywała b. słabą tendencję do gojenia się, stale choremu dolegała. 10-VII t^0 do $38{,}3^0$; zjawiły się bóle z lewej strony szyi nad obojczykiem, przyczem badaniem ustalono w tem miejscu bolesne, czerwone stwardnienie. Po tygodniu uformował się wyraźny ropień, który przecięto. W ropie cuchnącej, o krwawem zabarwieniu wykryto wrzecionkowce i krętki Plaut-Vincenta.

Po zabiegu chory przez 2 tygodnie czuł się nieźle. Potem jednak zjawiły się bóle po prawej stronie szyi, stwardnienie, które po kilku dniach zamieniło się w chełboczący ropień, o zawartości cuchnącej, barwy brudnej. W ropie nie wykryto żadnych drobnoustrojów. Posiew krwi nie dał wyniku.

Od tego czasu ciepłota przybrała charakter posocznicowy, zjawił się kaszel, zapalenie surowicze opłucny; chory słabł coraz bardziej, zjawiły się bóle i obrzęk na tylnej powierzchni pr. uda, rozwolnienie stolca, i 25-X czyli w 5 miesięcy od pierwszej operacji na szyi, a w 9 miesięcy od początku choroby chory zmarł. Chory otrzymał 3 zastrz. propidonu bez skutku. Sekcja zwłok wykazała: Pneumonia cruposa in stadio hepatisationis griseae lobi infer. pulmoni dextri et superioris sinistri. Degeneratio fusca m. cordis. Atrophia substantiae adiposae cordis. Amyloidosis follicularis lienis. Hyperemia hepatis et renum. Mediastinitis purulenta posterior et lymphadenitis purulenta pelvis minoris sinistra.

We wszystkich przytoczonych przypadkach zwraca na siebie uwagę jeden zasadniczy, a tak typowy dla wymienionych drobnoustrojów objaw — duże zniszczenie dotkniętej tkanki. W razie umiejscowienia zarazków w sluzówce powstaje głębokie owrzodzenie, pokryte cuchnącą, brudną wydzieliną, z pasem reakcyjnego obrzmienia dookoła, po dostaniu się zaś zarazka wgłąb tkanki dochodzi do wytworzenia się ropnia o zawartości cuchnącej, z domieszką krwi, lub, jak świadczy przypadek V, nekrozy kości.

Nie będę, jak już zaznaczyłem, omawiał tu formy wrzodziejącej, która w przytoczonych przypadkach przypomina nam owrzodzenia wywołane przez Plaut-Vincenta na migdałkach. Zwrócę tu jednak uwagę na objaw, podkreślany już przez niektórych autorów, zwłaszcza zaś przez Beck'a i Kerl'a w obszernej monografji, poświęconej sprawie anginy Plaut-Vincenta, mianowicie na znaczną niekiedy bolesność tych owrzodzeń.

Objaw ten jeszcze wyraźniej daje się podkreślić w przypadkach, w których zmiany, wywołane przez omawiane drobnoustroje przychodzą nie nagle, lecz rozwijają się powoli, przypominając raczej cierpienia przewlekłe, jak np. świadczą o tem przypadki III po części V, szczególnie, jeśli przychodzi do wytworzenia się ropnia.

Rozpoznanie przyczyny cierpienia w przytoczonych przeze mnie przypadkach opierało się wyłącznie na badaniu mikroskopowem wydzieliny owrzodzenia lub ropy pobranej z ropnia lub z ucha, gdyż z obrazu chorobowego nie można było wnioskować o charakterze chorobotwórczych drobnoustrojów.

Jeszcze słów kilka o leczeniu tych cierpień.

W przypadkach owrzodzeń Plaut-Vincentowskich krtani zastosowany dożylnie neosalvarsan niewątpliwie nie zawiódł pokładanych w nim nadziei. W pierwszym przypadku na drugi dzień po za-

strzyknięciu ciepłota obniżyła się do normy, miejscowe zaś zastosowanie neosalvarsanu na owrzodzenie przyśpieszyło proces oczyszczenia się jego; w przypadku drugim, w którym istniały prócz bolesności przy połykaniu jeszcze objawy utrudnienia oddechu, na trzeci dzień po zastosowaniu neosalvarsanu oddech stał się swobodniejszy, połykanie łatwiejsze, obrzmienie krtani wyraźnie się zmniejszyło, ciepłota stała się normalną.

O dobrych wynikach otrzymanych przy stosowaniu dożylnem neosalvarsanu w schorzeniach jamy ustnej, wywołanych przez wrzecionkowce i krętki Plaut-Vincenta, wspominają Coenen, Anthon, Beck i Kerl, omawiając sprawę leczenia tych cierpień.

Zdaniem Anthona najlepsze wyniki daje neosalvarsan zastosowany i dożylnie i miejscowo na chorą tkankę jednocześnie.

Z innych środków leczniczych w tem cierpieniu zasługują na uwagę—stosowany miejscowo 5% rozczyn kwasu chromnego, kwas salicylowy, vucyna (1—10% rozczyny wodne vuzini bihydrochlor. z dodaniem 25% alkoholu), błękit metylenowy. Również nie pozbawioną znaczenia jest metoda Sachs'a — leczenie zastrzyknięciami 40% rozczynu urotropiny. Beck i Kerl wspominają o używaniu w czasach ostatnich w tych cierpieniach preparatów rodanowych.

Schroeder w jednym przypadku anginy Plaut-Vincenta, trwającej pomimo leczenia już dwa miesiące, zastrzyknął do migdałka dwa razy w odstępach ośmiodniowych po 6 ctm. ^{3} odwłóknionej krwi chorego, poczem nastąpiło wyleczenie.

W przypadkach naszych utworzenia się ropnia w języku i przegrodzie nosowej zastosowaliśmy leczenie chirurgiczne — szerokie rozcięcie ropnia i leczenie otwartej rany—z dobrym skutkiem. Chirurgiczne leczenie również zastosowano w przypadkach schorzenia ucha i wyrostka sutkowego, gdyż tylko to leczenie mogło mieć szanse powodzenia.

Na zakończenie pozwolę sobie tak na podstawie własnych spostrzeżeń, jak i danych literatury podkreślić, iż stwierdzenie w wydzielinie ropnej, zwłaszcza w schorzeniach ucha, obecności wrzecionkowców i krętków Plaut-Vincenta zmusza nas do ostrożności w rokowaniu, gdyż, jak to widać z przypadku VI, drobnoustroje te mogą wywołać objawy ropnicy i być powodem zejścia śmiertelnego.

Należy podkreślić, że propidon, dający b. dobre wyniki w przypadkach zakażeń, wywołanych przez gronkowce lub paciorkowce, w przypadkach ropni i ropnicy wywołanych przez zarazki Pl. V. nie daje żadnego wyniku, czego się można było spodziewać.

O złamaniach i zwichnięciach chrząstek krtaniowych.

Podał Dr. ALFRED LASKIEWICZ.

(Odczyt wygłoszony na XII-tym zjezdzie Lekarzy i Przyrodników w Warszawie).

Złamania urazowe krtani należą zazwyczaj do obrażeń ciężkich i zagrażających życiu chorego, a to z powodu nagłego zatkania dolnych dróg oddechowych obficie spływającą krwią lub wskutek wpadnięcia odłamków chrząstek krtaniowych do światła tchawicy i oskrzeli. W niektórych przypadkach powikłanego złamania krtani powstać może szybko postępująca odma śródpiersia, wzgl. zapalenie aspiracyjne ropne płuc, które w krótkim przeciągu czasu kładzie kres życiu chorego. Z dalszych wreszcie przyczyn niepomyślnego zejścia złamania krtani wymienić należy posocznicę, wywołaną długotrwającem ropieniem luźnych odłamków chrząstek krtaniowych, zwłaszcza w przypadkach, w których zastosowanie odpowiedniego leczenia, polegającego na usunięciu tych odłamków i ustalającej tamponadzie wnętrza krtani zostało z jakichkolwiekbądź przyczyn zaniedbane. To też *Hopmann* oblicza śmiertelność po złamaniu krtani na 65%. Co do jakości złamania chrząstek krtaniowych to najczęściej spotykamy się ze złamaniem chrząstki tarczykowej i to przedewszystkiem jej górnych i dolnych rożków, a w dalszym ciągu wymienić należy pęknięcie jej płyty w przednim kącie. Wreszcie złamania kilku chrząstek naraz, zdarzające się częściej u mężczyzn w wieku starszym, gdzie chrząstki te okazują już wyraźnie ogniska zwapniałe. Natomiast złamania krtani u osobników młodych, dotyczące kilku chrząstek naraz, a w szczególności chrząstki obrączkowej i nalewkowej, należą do wielkiej rzadkości, ze względu na elastyczność tych chrząstek, ich względnie ochronione umiejscowienie na szyi, wreszcie łatwość przesuwania się całej krtani w dwóch kierunkach. Najczęstszą przyczyną złamania krtani jest zgniecenie chrząstki tarczykowej i obrączkowej z boków jak przy dławieniu. Następnie silny ucisk od przodu i ku tyłowi lub uraz na wygiętą ku przodowi szyję, powodujący nagłe spłaszczenie chrząstki tarczykowej i pierścienia chrząstki obrączkowej. Doświadczenia *Gurlta*, *Kaillera* i *Hoffmanna* na zwłokach wykazały, że zależnie od jakości i kierunku działania urazu na krtań spotykamy najczęściej złamania całkowite lub częściowe różków chrząstki tarczykowej przy ich podstawie, a w dalszym ciągu pęknięcia przedniego kątą tejże chrząstki z mniej lub więcej wyraźnym rozstępem lub przesunięciem brzegów złamania obu płyt na siebie. Złamania chrząstki obrączkowej zacho-

dzą w przeważnej liczbie przypadków w przednio bocznym jej odcinku, rzadziej w zakresie płyty tejże chrząstki (jak w przypadkach *Sokołowskiego, Janowskiego* i *Baurowicza)*, a wówczas złamanie to łączy się zazwyczaj z przerwaniem stawu obrączkowo-nalewkowego *(Jurasz, Heymann)*. W jednym tylko przypadku, opisanym przez *Schitzlera*, chodziło o odosobnione złamanie urazowe wyrostka głosowego chrząstki nalewkowej. Nierzadko też łączy się powikłane złamanie krtani z przerwaniem ścian tchawicy lub złamaniem kości gnykowej.

Objawy kliniczne złamania chrząstek krtaniowych zależą w pierwszym rzędzie od rozmiarów umiejscowienia i rodzaju złamania. Najczęstszym objawem jest chrypka, wzgl. nawet zupełny bezgłos, połączony z dusznością, sinicą i uporczywym suchym kaszlem, podczas którego wydobywa się spieniona krwawa plwocina. Prócz tego występuje we wszystkich niemal przypadkach złamania krtani nagła utrata przytomności, połączona z sinicą i wystąpieniem zimnego kroplistego potu wskutek odruchowego podrażnienia ośrodków wskutek obnażenia włókien nerwu krtaniowego górnego. Natychmiast po odzyskaniu przytomności chorzy odczuwają silny ból w gardle, wzmagający się podczas wydawania głosu, połykania i obmacywania krtani od zewnątrz. Z objawów zewnętrznych występuje na plan piewszy wyraźne spłaszczenie, a w niektórych przypadkach zupełne zatarcie zarysów wyniosłości krtaniowej często wskutek odmy podskórnej na szyi, wywołanej rozdarciem części miękkich odłamkami chrząstek krtaniowych, które przy poruszaniu wykazują zazwyczaj wyraźne trzeszczenie. Obraz laryngoskopowy pozostaje w ścisłym związku z miejscem, rozmiarami oraz jakością obrażenia, i jako taki jest w wielu przypadkach cennym środkiem rozpoznawczym. Przy pojedyńczem niepowikłanem złamaniu błona śluzowa krtani wykazuje silniejsze podbiegnięcia krwawe, zaczerwienienie i obrzęk nagłośni, zakładek nalewkowo-nagłośniowych, więzadeł wrzekomych i chrząstek nalewkowych nieraz tak znaczny, iż przez zwężone wejście krtaniowe trudno wprost dojrzeć struny głosowe, a zatoki gruszkowate przedstawiają zarysy zatarte. W przypadkach powikłanego złamania spotykamy oprócz tego mniej lub więcej rozległe podbiegnięcia krwawe w aditus oraz we wnętrzu krtani, pęknięcia, wzgl. oderwanie się części śluzówki lub strun głosowych, a w niektórych przypadkach także przemieszczenie odłamków chrząstek do wnętrza krtani. *Schrötter* spostrzegał przy pęknięciu szczelinowatem chrząstki tarczykowej w przednim kącie sino-czerwone podbiegnięcia krwi w prawym dołku oraz na brzegu nagłośni i zakładek nalewkowo-nagłośniowych. W innym znów przy-

padku obrzmienie i podbiegnięcie krwawe wejścia krtaniowego pozwoliło rozpoznać złamanie pojedyńcze chrząstki obrączkowej. *Szołdrski* i *Jurasz* opisują przypadek wyleczonego złamania chrząstki obrączkowej, pierwotnie nie rozpoznanego, w którym tytko na podstawie badania laryngoskopowego można było rozpoznać i oznaczyć dokładnie miejsce złamania, odpowiadające połączeniu płyty z pierścieniem tejże chrząstki po stronie lewej. W drugim znów przypadku badanie laryngoskopowe wykazało obfitą ziarninę na przedniej ścianie krtani w okolicy podgłośniowej, odpowiadającej pęknięciu pierścienia tejże chrząstki w przedniej jego części. Jako zabieg konieczny przy cięższem powikłanem złamaniu krtani należy stosować ex indic. vitali tracheotomję w połączeniu z laryngofissurą zalecaną w tych przypadkach przez *Hopmanna, Königa, Brunnsa* i *Hansberga,* która z jednej strony umożliwia usunięcie luźnych odłamków chrząstek krtaniowych, z drugiej znów daje wygodny dostęp do tamponady jej wnętrza, działającej ustalająco na przemieszczone odłamki, przez co zapobiega niejednokrotnie następowemu zwężeniu. W lżejszych natomiast przypadkach złamania, dotyczących pierścienia chrząstki obrączkowej, udaje się to odprowadzenie odłamków także od strony przetoki tchawicznej bez uprzedniego rozcięcia krtani. Najważniejszem naszem zadaniem jest bezpośrednio po złamaniu usunąć luźne odłamki chrząstek krtaniowych, następnie te, które zostają jeszcze w związku z ochrzęstną, ustalić tamponadą wnętrza krtani, a następnie przykryć brzegi obnażone rozciętej chrząstki tarczykowej skórą przez przyszycie jej do śluzówki wnętrza krtani (Laryngostomia). Należy stanowczo unikać szycia mniejszych odłamków chrzęstnych, gdyż sposób ten może dać niejednokrotnie powód do powstania uporczywych przetok na szyi.

Zwichnięcia chrząstek krtaniowych zdarzają się zazwyczaj po urazie i jako takie łączą się często ze złamaniem krtani. Do takich należą np. zwichnięcia chrząstek nalewkowych przy równoczesnem złamaniu płyty chrząstki obrączkowej i przedarciu torebki stawowej. Rzadziej bez porównania występuje to zwichnięcie samoistnie po urazie, bez naruszenia całości chrząstek krtaniowych. *Hoppmann* opisuje przypadek 24 letniej dziewczyny, u której po upadku przodem szyi na tępy kant wystąpiła nagle chrypka i ból przy połykaniu po stronie lewej. Badanie laryngoskopowe wykazało obrzęk lewej chrząstki nalewkowej, jej nieruchomość, oraz znaczne pochylenie ku przodowi i skręcenie na zewnątrz bez równoczesnego złamania chrząstki tarczykowej i obrączkowej. Przytem autor zaznacza, że stwierdzenie tego zwichnięcia było możliwe tylko na drodze laryngo-

skopowei. W rzadkich przypadkach może to zwichnięcie chrząstki nalewkowej powstać w następstwie sprawy zapalnej przewlekłej stawu obrączkowo-nalewkowego po tyfusie lub kile, jak w przypadku, obserwowanym przez *Lublinera.* Zwichnięcia samoistne niepowikłane zdarzają się częściej w stawie tarczykowo-obrączkowym i to zazwyczaj po jednej tylko stronie wskutek zwiotczenia torebki stawowej *(Wolff)*, nigdy w obu tych stawach równocześnie. Te subluksacje połączenia tarczykowo-obrączkowego mogą być wywołane nagłym skurczem mięśni tarczykowo-gnykowych i zwieracza dolnego gardzieli, jak w przypadku opisanym przez *Brauna* przy forsownem ziewaniu, lub w przypadkach *Walffa* i *Butta* przy silnych i długotrwających ruchach wymiotnych. Przedmiotowo daje się wyczuć na szyji w miejscu połączenia stawowego dolnego rożka chrząstki tarczykowej z chrząstką pierścieniową bolesne przy dotyku zgrubienie. Z objawów podmiotowych występuje często w chwili powstania zwichnięcia ból w okolicy danego stawu połączony z przemijającą zadyszką i uczuciem niepokoju. Repozycja łatwa przez przesunięcie chrząstki tarczykowej od zewnątrz, wzgl. też silny akt połykowy. Leczenie zwichnięcia chrząstki nalewkowej pokrywa się w zupełności ze sposobami stosowanemi przy złamaniu chrząstek krtaniowych. W przypadkach samoistnego zwichnięcia chrząstki nalewkowej w przebiegu kiły trzeciorzędnej *Lubliner* zastosował wycięcie tejże chrząstki sztancą krtaniową od wewnątrz. *Zalewski* ostrzega przed tego rodzaju zabiegiem, gdyż w przypadku wydzielenia się obumarłej chrząstki nalewkowej, obserwowanym w Klinice Lwowskiej spostrzegał długotrwające zachłystywanie się wskutek wpadania pokarmów do wnętrzu krtani Przy zwichnięciach w stawie tarczykowo - obrączkowym należy po odprowadzeniu pokryć staw ten wąskim płatem mięśniowym (od m. Tyreohyoid) lub powięzią okoliczną w celu ustalenia przemieszczonego rożka dolnego chrząstki tarczykowej.

W pierwszym leczonym przezemnie przypadku złamania krtani chodziło o pęknięcie szczelinowate chrząstki tarczykowej w przednim kącie, wywołane silnem zgnieceniem obu jej płyt od zewnątrz. Mężczyzna Sl. m. lat 31 został przez swego przeciwnika w sprzeczce zduszonym chwytem za szyję. Objawy zewnętrzne, jako to zatarcie zarysów wyniosłości krtaniowej, ból przy obmacywaniu i poruszaniu chrząstek krtaniowych od zewnątrz, jak również obraz laryngoskopowy, wykazujący podbiegnięcie krwawe w obrębie prawej zatoki gruszkowatej, lekki obrzęk wejścia krtaniowego, ułatwiły rozpoznanie złamania chrząstki tarczykowej. To też w krótkim czasie po wy-

padku dokonano rozcięcia tchawicy, a obie obnażone płyty chrząstki tarczykowej zeszyto szwem katgutowym w miejscu złamania. Proces zrastania się obu złamanych płyt postępował zwolna naprzód, przyczem światło krtani nie okazywało wcale skłonności do zwężenia. Chory zmarł 12-go dnia po wypadku na zapalenie ogniskowe płuc.

Przypadek drugi dotyczył mężczyzny M. T. lat 26, który wsiadając do zawieszonego czółna (huśtawki), potknął się i upadł na wznak na ziemię, a równocześnie przód bujającego czółna uderzył go silnie w szyję w okolicę krtani. Badanie przedmiotowe w chwili przewiezienia go do Szpitala Miejskiego na oddział chirurgiczny wykazało wybitną sinicę na twarzy, oddech wybitnie zwężeniowy, przerywany uporczywym suchym kaszlem z odpluwaniem niewielkiej ilości spienionej krwawej plwociny, tętno przyspieszone do 100, dobrze napięte, zupełny bezgłos. Szyja w całości obrzękła, zatarcie zarysow, wyniosłości krtaniowej. Na skórze szyi powierzchowne starcia naskórka i rozległe zasinienie w miejscu, podległem urazowi. Przy obmacywaniu powierzchownem słychać wyraźne trzeszczenie, pochodzące od odmy podskórnej. Głębsze obmacywanie stwierdza znaczną bolesność w okolicy chrząstki tarczykowej i obrączkowej po stronie lewej. Badanie laryngoskopowe wykazuje znaczny obrzęk wejścia do krtani oraz podbiegnięcia krwawe w okolicy chrząstki nalewkowej lewej, jako też zakładki nalewkowo-nagłościowej i górnej części więzadła fałszywego lewego. Zatarcie zarysów obu zatok gruszkowatych. Z wnętrza zwężonego światła krtani wydostaje się podczas wydechu mały strzępek naderwanej śluzówki pochodzący od wewnętrznej powierzchni chrząstki nalewkowej lewej. Pozatem szczegółów wnętrza krtani z powodu obrzęku jej wejścia dostrzec nie można. Wobec postępującej duszności przystąpiono niezwłocznie do otwarcia tchawicy i krtani, w której wnętrzu natrafiono na wywichniętą i w całości obnażoną chrząstkę nalewkową lewą, wiszącą na cieńkim tylko strzępku rozdartej struny głosowej. Struna głosowa i chrząstka nalewkowa prawa bez zmian. Chrząstka obrączkowa okazywała w dwóch miejscach złamanie, a mianowicie w miejscu przesuniętem o 1 cm. od guziczka przedniego jej pierścienia na lewo (Tuberculum anter.) i w miejscu połączenia się lewej połowy pierścienia z płytą tejże chrząstki. Płyta chrząstki pierścieniowej pozatem żadnych obrażeń nie wykazywała. Odłamek ten długości 1,6 cm. przemieszczony na zewnątrz przedarł swym ostrym brzegiem części miękkie, a wskutek równoczesnego rozdarcia więzadła obrączkowo-tarczykowego i tchawiczego w temże miejscu wy-

tworzyła się przetoka, przez którą powietrze wydechowe przedostawało się wprost pod skórę. W zakresie chrząstki tarczykowej stwierdzono po tejże stronie złamanie wraz z przemieszczeniem ku przodowi dolnego jej rożka oraz pęknięcie szczelinowate w przednim kącie tejże chrząstki z przesunięciem na przestrzeni około 0,5 cm. brzegu lewej płyty tarczykowej na stronę prawą. Po oczyszczeniu rany ze zwisających do światła krtani strzępków śluzówki i odcięciu oderwanej chrząstki nalewkowej oraz części prawej połowy pierścienia chrząstki obrączkowej, sterczącej również do wnętrza krtani, założono kaniulę Nr. 6, w przetokę tchawiczą górną, a powyżej jej wyłożono szczelnie światło krtani zwitkiem gazy kseroformowej, sięgającym do aditus w górę. Przebieg bezgorączkowy. Wskutek utrzymującego się ropienia doszło do zaniku chrząstek krtaniowych, z którego w dalszym ciągu wytworzyło się bliznowate zwężenie krtani. To też po upływie 2 miesięcy przystąpiono ponownie do rozcięcia krtani i wycięcia bliznowatych postronków oraz podśluzowego wyłuszczenia części płyty chrząstki obrączkowej z następczem leczeniem zwężenia rozszerzadłami gumowemi m. *Sargnon Barlatier*, dzięki którym dopiero po upływie 23-ch miesięcy uzyskano trwałą poprawę. Rzadką postać zwichnięcia całkowitego chrząstki nalewkowej w następstwie powikłanego złamania chrząstki obrączkowej i tarczykowej w powyższym przypadku tłumaczyć należy przedarciem stawu obrączkowo-nalewkowego wskutek pęknięcia miejsca połączenia płyty chrząstki obrączkowej z jej pierścieniem przy równoczesnem przesunięciu lewej połowy chrząstki tarczykowej ku przodowi oraz na stronę prawą pod wpływem urazu.

O leczeniu przewlekłych zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli i udział w pracach nad niem laryngologów polskich

podał Dr. Alfred Laskiewicz.

(Odczyt wygłoszony na XII-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie (dnia 13 lipca 25 r.).

Sposoby leczenia zachowawczego przewlekłych zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli przy pomocy stopniowego rozszerzania ich wnętrza podane przez *Stoerka, Schröttera, Thosta, Chiareego, Pieniążka, Brüggemanna, Sargnona i Barlatiera* stanowią dziś jeszcze podstawę

zabiegów leczniczych, zmierzających do przywrócenia prawidłowej drożności tych narządów. Zależnie od miejsca, stopnia oraz jakości zwężenia możemy w lżejszych przypadkach przy stosowaniu wyłącznie tylko metod rozszerzających drogą bezkrwawą uzyskać pożądany efekt, albo też sposoby te są tylko uzupełnieniem leczenia operacyjnego, polegającego na wycięciu zwężających blizn drogą rozszczepu krtani (laryngofissury). Przy zwężeniach bliznowatych niezbyt rozległych i nie wymagających uprzedniego wykonania tracheotomji, oddaje nam często dobre usługi systematyczne wprowadzanie do krtani rozszerzadeł Schröttera w postępującej skali ich szerokości wzgl. intubacja. *Przemysław Pieniążek* zastosował na szeroką skalę do leczenia pierścienowatych wzgl. półokrągłych blizn zwężających światło krtani oraz górnej części tchawicy, kauczukowe tubusy różnej wielkości, zakończone stożkowato, które mógł tem łatwiej przesunąć przez zwężone miejsce. W przypadkach, w których z powodu znaczniejszego zwężenia krtani musiano wykonać tracheotomją mamy o wiele dogodniejsze warunki leczenia dilatacyjnego czopkami *Thosta* lub *Brüggemanna* od strony przetoki tchawicy. Ponieważ czopki te pozostawione przez czas dłuższy w krtani powodowały zazwyczaj mniej lub więcej głębokie odleżyny *Killian* i *Sargnon* powzięli myśl zastąpienia ich miękkiemi drenami gumowemi, umocowanemi nitką jedwabną do kaniuli tchawiczej. *Pieniążek* zastosował już w r. 1888 dreny gumowe z zaokrąglonym górnym brzegiem ścięte łukowato na drugim końcu, tak, że przylegając ściśle do górnego okienka kaniuli, umożliwiały choremu swobodne oddychanie ustami przy zatkanej korkiem kaniuli. W celu zapobieżenia wpadania pokarmów do początkowo nie całkiem jeszcze dokładnie dopasowanego drenu wyżej wspomniany autor wypełniał przez pierwsze kilka dni szczelnie jego wnętrze gazą antyseptyczną, aby do następnych dilatacyj używać już wyłącznie tylko drenów gumowych otwartych w obrazie laryngoskopowym ściśle co do wysokości i położenia w krtani określonych. Wskutek dłużej trwającego ucisku tych drenów wytwarzała się zwolna w krtani bliznowata ściana, dzięki której utrzymywało się już odtąd trwale światło krtani na tej samej szerokości, nie okazując wcale skłonności do zwężenia.

Jako sposób bardziej radykalny, stanowiący krok naprzód w leczeniu chirurgicznem przewlekłych zwężeń krtani należy wymienić thyreocricotomję (laryngofissurę), którą w r. 1788 zastosował pierwszy *Peltan* do leczenia zwężeń krtani. Kiedy do roku 1845 zanotowano w literaturze naukowej zaledwie 8 przypadków, w której metoda ta znalazła zastosowanie lecznicze, to my możemy się poszczycić tem,

że już w r. 1865 pojawia się w naszem piśmiennictwie artykuł *Karola Gilewskiego* z Warszawy o leczeniu dwóch przypadków rozsianych brodawczaków w krtani, drogą laryngofissury. W 12 lat później *Szeparowicz* ogłasza (Dwutygodnik Medycyny Publ.) dwa przypadki brodawczaków krtani, w których metoda ta została zastosowana, a w 1879 *Obaliński* opisuje przypadek podgłośniowego bliznowatego zwężenia krtani, operowanego przez rozcięcie chrząstek krtaniowych. W r. 1890 zastosowali sposób ten *Heryng* i *Jawdyński* do leczenia bliznowatych zwężeń, obejmujących tylną ścianę krtani oraz okolicę podgłośniową, a w 3 lata później t. j. w r, 1893. *P. Pieniążek* wydaje z oddziału Obalińskiego obszerną monografję o leczeniu 46-ciu przypadków zwężeń krtani, przeważnie na tle twardzieli drogą laryngofissury. W tymże samym roku pojawia się w Nowinach Lekarskich artykuł Dr. *Tad. Dembińskiego* z Poznania o 4 przypadkach rozsianych brodawczaków i 1 przzpadku dużego polipa w krtani, operowanych przez rozcięcie krtani w linji środkowej. Wreszcie *Fr. Kijewski* ogłasza w roku 1894 20 przypadków wykonanej laryngofissury przy nowotworach krtani, gruźlicy, kile krtaniowej, podgłośniowej, jej zwężeniu, oraz 1-ym przypadku złamania obu chrząstek krtaniowych. Odtąd metoda ta stała się jednym z głównych sposobów leczniczych przewlekłych zwężeń krtani w repertuarze każdego nieomal specjalisty. W przypadkach zwężenia krtani po zapaleniach ochrzęstnej, powodujących wydzielenie się części chrząstek krtaniowych i następowe znaczne zcieśnienie jej światła, osiągamy dobre wyniki po wszyciu kaniuli szklanej Mikulicza, zmodyfikowanej przez *Kümmela* i *Baurowicza*. Modyfikacja podana przez Baurowicza polega na odchyleniu górnego kominka ku tyłowi o 10 stopni, łukowatem wygięciu tylnej jej powierzchni, odpowiadającej wpukleniu chrząstki obrączkowej, wreszcie na ujęciu w pewien stały stosunek długości górnego kominka (od 18 — 23 mm.) zależnie od wielkości i wieku osobnika, do długości i szerokości ramienia poprzecznego kaniuli.

Tam gdzie dolne ramię kaniuli, wynoszące przeciętnie 20 mm. z powodu umiejscowienia się zwężenia w tchawicy okazało się za krótkie autor sporządzał dla każdego przypadku osobne kaniulki z przedłużonem wedle potrzeby ramieniem dolnem. Wprowadzenie tych kaniul odbywa się drogą rozcięcia krtani, przyczem równocześnie nacinamy lub wycinamy części zwężające jej światło, wsuwając najpierw dolną część kaniuli do tchawicy. O ile wprowadzenie górnego kominka kaniuli do wnętrza krtani natrafia na trudności, pomagamy sobie wąską szpatułką od górnego ramienia kaniuli, przechylając

jednocześnie głowę operowanego ku przodowi. W celu wyjęcia kaniuli rozcina się z powrotem krtań oraz część przedniej ściany tchawicy tuż poniżej ramienia poziomego, a następnie wyważa się górną część kaniuli zakrzywionym łukowato zgłębnikiem, poczem następuje dokładna rewizja wnętrza krtani i tchawicy, która decyduje o tem, czy wyrobienie się światła krtani jest wystarczające do całkowitej dekaniulacji, czy przeciwnie konieczne jest ponowne założenie szerszej kaniuli szklanej. Nieodzownym warunkiem, zapobiegającym wysychaniu wydzieliny w tej kaniuli jest stałe oddechanie ustami przy zamkniętym szczelnie otworze zewnętrznym kaniuli gumową zatyczką. W 19-tu leczonych w ten sposób przypadkach zwężeń krtani w następstwie błonicy, zapalenia ochrzęstnej, urazu krtani i przebytej kiły trzeciorzędnej, okres noszenia kaniuli wynosił od 6 — 22 miesięcy. Szczególniej dobre wyniki powyższego sposobu leczenia autor otrzymywał po ostrem zapaleniu podgłośniowem krtani w następstwie przebytego zapalenia chrząstki obrączkowej. Natomiast w przypadkach, gdzie zapalenie to jest powikłane równoczesnem zajęciem chrząstki nalewkowej rzadko kiedy udaje się całkowita dekaniulacja. Musimy w tych przypadkach uciekać się do metod bardziej skombinowanych polegających na rozcięciu krtani i usunięciu zwężenia obok zabiegów dilatacyjnych. Wyżej opisany sposób leczenia mimo pewnych zalet posiada strony ujemne. Pominąwszy już nieprzyjemne uczucie gniecenia i zawadzania przy każdorazowym ruchu szyi, spowodowane wszyciem kaniuli z twardego materjału do krtani i tchawicy, możliwość wpadnięcia odłamków szkła do światła tchawicy, zwłaszcza przy wyjmowaniu kaniuli, następnie tworzenie się ziarniny wywołanej przesuwaniem się dolnego końca kaniuli po ścianie tchawicy przy każdorazowem poruszeniu głową, mamy tu do czynienia z niedostatecznem odkrztuszaniem plwociny z powodu częściowego zasychania jej w świetle kaniuli. Jeżeli weźmiemy pod uwagę także i tę okoliczność, że w celu wyjęcia kaniuli narażamy chorego na ponowne rozcięcie krtani, to wszystkie te ujemne strony przemawiają stanowczo na niekorzyść powyższej metody, która, zdaniem mojem, nie zyska sobie nigdy prawa obywatelstwa w laryngologji. *Schmiegelow* wszywał w przypadkach zwężenia krtani po dyfterji u dzieci do wnętrza krtani, dreny gumowe miękkie ustalając je we właściwem położeniu szwem srebrnym, przeprowadzonym przez obie płyty chrząstki tarczykowej. Do o wiele pewniejszych i dokładniejszych sposobów leczenia zwężeń krtani oraz początku tchawicy należą *metody dilatacyjne otwarte,* dokonywane drogą rozczepu w krtani (laryngo-

fissury). Zwłaszcza tam, gdzie z powodu częściowego zniszczenia chrząstek krtaniowych po urazach lub przebytem zapaleniu ochrzęstnej mamy do czynienia ze znacznem zwężeniem krtani, której światło przedstawia nieraz bardzo wąski kanał o nieregularnym przebiegu, możemy się przekonać o stopniu jakości oraz rozciągłości zwężenia tylko przez wykonanie rozszczepu krtani (laryngofissury). W przypadkach bliznowatego podgłośniowego zwężenia krtani po intubacji blizny te bywają nieraz tak spoiste i twarde, że mogą być usunięte tylko drogą laryngofissury z pozostawieniem możliwie nietkniętej śluzówki. Zwłaszcza w okolicy przedniego spojenia więzadłowego musimy zabiegi te wykonywać z wielką ostrożnością, aby nie dopuścić do wytworzenia się zrostu błoniastego strun głosowych ze sobą. Również na tylnej ścianie krtani mogą tworzące się blizny być przyczyną następowego zwężenia przez unieruchomienie wzgl. ustawienie przyśrodkowe chrząstek nalewkowych, to też musimy się starać ścianę tylną krtani pozostawić możliwie nietkniętą, a cięcie wykonywać zawsze po obu jej bokach z jednej i drugiej strony symetrycznie. W celu dostatecznego rozszerzenia światła krtani nie wystarcza często wycięcie samych tylko blizn i części miękkich, lecz musimy się uciekać do resekcji podśluzowej części chrząstek krtaniowych, a zwłaszcza pierścienia chrząstki obrączkowej, na który to sposób zwrócili pierwsi uwagę *Heine i Schüller*. Sposób plastycznego pokrycia ubytków śluzówki wewnątrz krtani podali *Uchermann i Lenart*, przeszczepiając powierzchowne warstwy skóry sposobem Thierscha, które utwierdzali we właściwem położeniu tamponem z gazy antyseptycznej, a ten dopiero po 10-ciu dniach zastępowali drenami gumowemi. Szerokie poduszkowate nacieki podgłośniowe przy twardzieli lub blizny po zapaleniach podgłośniowych krtani usuwał *Pieniążek* gruntownie drogą laryngofissury, zaznaczając równocześnie, że nawet niezbyt twarde wałki podgłośniowe łatwiej jest usunąć drogą laryngofissury, aniżeli dilatacją od dołu. Opierając swoje doświadczenie na 100 operowanych przypadkach zwężeń krtani i tchawicy powyższą metodą, zaleca już w r. 1895 po dokonanym rozszczepie krtani dłuższą tamponadę początkowo z gazy antyseptycznej, a następnie drenami gumowemi w celu zapobieżenia tworzenia się bliznowatego zwężenia. Grube spoiste blizny pokiłowe wyżej wspomniany autor radzi wycinać głęboko aż do ochrzęstnej, podobnie też blizny na bocznych ścianach krtani, powodujące przyśrodkowe ustawienie chrząstek nalewkowych.

Następcze rozszerzanie gazą lub drenami gumowemi. W przypadkach okazujących stale skłonność do tworzenia się blizn można

częściowo zapobiedz nawrotom przez wycięcie bliznowatych postronków wraz z ochrzęstną tylko na tylnej ścianie w okolicy płyty chrząstki pierścieniowej z pozostawieniem blizn na bocznych ścianach krtani. Zwężenia po odleżynach powstają częściowo przez wpuklenie, wzgl. przesunięcie fałdów śluzówki przez ściągające się powierzchowne blizny. W przypadkach tych wykonywał Pieniążek tylko powierzchowne skaryfikacje z następowem rozszerzaniem drenami gumowemi, gdyż głębsze wycięcie tych blizn powodowało tylko bardziej spoiste i głębiej drążące zbliznowacenie. Przy zarośnięciu bliznowatem krtani na zgłębniku, przeprowadzonym przez zwężone światło od strony przetoki tchawiczej pod kontrolą wprowadzonego do aditus palca. Zwężenia krtani, spowodowane przyśrodkowem ustawieniem i nieruchomością strun głosowych, mogą być usunięte przez obustronne wycięcie wyrostków głosowych chrząstek nalewkowych oraz wewnętrznej części tychże chrząstek. W niektórych przypadkach trzeba się prócz tego jeszcze uciekać do wycięcia całkowitego struny głosowej aż do ochrzęstnej, a czasem nawet do zupełnego usunięcia więzadeł rzekomych. *Koffler* otrzymywał po przypaleniu dolnej części struny głosowej zrost bliznowaty z boczną ścianą krtani, natomiast *Sargnoń, Toubert, Moure i Lannois* osiągnęli ten sam efekt przez wyłyżeczkowanie dokładne kieszonki Morgagniego. Przy bliznach okrężnych Pieniążek poleca kilkakrotnie nacięcie śródkrtaniowe z następowem rozszerzaniem rurkami Schröttera. W przypadkach, gdzie większe blizny i nacieki twardzielowe obejmowały całą tylną powierzchnię nagłośni, przysłaniając wejście do krtani, Pieniążek usuwał cały ten guz wraz z nagłośnią, dołączając do laryngofissury poprzeczne cięcie gardzielowe podgnykowe. Odmianą pojedyńczego rozszczepienia krtani do leczenia bliznowatych zwężeń jej światła jest tak zw. trwała przetoka krtaniowa *laryngostoma,* której znaczenie polega na tem, iż przez utrzymanie stałego otworu możemy przez czas dłuższy kontrolować jej wnętrze, wykonywać zabiegi drogą bezpośrednią, umożliwiając przytem choremu oddechanie bez kaniuli.

W celu utrzymania stałego otworu przetoki krtaniowo-tchawiczej podali *Della Vedora, Gluck i Sargnon* sposób plastycznego wszycia skóry szyi do wnętrza krtani. Po wycięciu zwężających światło nacieków i blizn pokrywa się plastycznie możliwie wszystkie ubytki tak, aby nawet najmniejsza część chrząstek krtaniowych nie pozostała obnażona. Przy laryngostomji może zajść również potrzeba wycięcia części chrząstek krtaniowych, a w szczególności pierścienia chrząstki obrączkowej *(Hansberg Bilancioni, Ferreri),* przez co wyrównuje się

kąt nachylenia krtani do tchawicy. *Marschik, Koffler i Hoffer* otrzymywali w kilku cięższych przypadkach zwężeń krtani po wycięciu podśluzowem chrząstki nalewkowej całkowite wyleczenie. Co się tyczy tamponady, to początkowo posługujemy się wyłącznie tylko zwitkiem gazy antyseptycznej, później drenami gumowemi *(Killian, Sargnon)*, lub według *Barlatiera* wkładkami gąbki gumowej prasowanej, wypełniającej ściśle światło krtani, których działanie polega na stałem powolnem ucisku na tkankę bliznowatą krtani, ulegającą wskutek tego zanikowi. Ucisk ten nie przeszkadza wcale bujaniu nabłonka na powierzchni tej zanikającej blizny. Szkoła wiedeńska stosuje po dziś dzień rozszerzadła metalowe (Flügelbo zen) *Chiarego i Marschika.* Dopiero kiedy chory oddycha już swobodnie górą możemy najwcześniej po 6-ciu miesiącach przystąpić do plastycznego zamknięcia przetoki krtaniowo-tchawiczej.

W dwóch leczonych przezemnie przypadkach zwężenia bliznowatego krtani po złamaniu urazowem krtani i oparzeniu lysolem jej wnętrza, zastosowałem rozszerzanie drenami gumowemi przez przetokę krtaniowo-tchawiczą. Przypadek pierwszy zwężenia bliznowatego krtani po złamaniu dotyczył mężczyzny lat 26, który, wsiadając do zawieszonego czółna (huśtawki), upadł na wznak, a równocześnie przód wahającego się czółna, uderzył go silnie w szyję, powodując złamanie chrząstki tarczykowej, obrączkowej i zwichnięcie wraz z całkowitem oderwaniem chrząstki nalewkowej lewej. Wskutek ropienia przyszło do zaniku chrząstek krtaniowych oraz bliznowatego zwężenia światła krtani. To też po upływie 2-ch miesięcy rozcięto ponownie krtań a po wycięciu podśluzowem części płyty chrząstki obrączkowej i blizn zwężających światło krtani, utworzono przetokę krtaniowo-tchawiczą przez wszycie brzegów skórnych do błony śluzowej wnętrza krtani, której światło wyłożono szczelnie zwitkiem gazy kseroformowej. Po upływie 2-ch tygodni zastąpiono ją drenami gumowemi ściętemi u dołu skośnie, które umocowano nitką jedwabną do kaniuli tchawiczej. Górny brzeg tych drenów zaokrąglony przez opalenie nad płomieniem lampki spirytusowej wystawał do aditus ponad górną połowę chrząstki nalewkowej strony zdrowej. Dreny te zmieniano początkowo co 8 dni, później co 2 tygodnie, dobierając w miarę rozszerzania się światła za każdym razem dren o numer większy od poprzedniego. Prócz tego poddawano miejsca okazujące skłonność do zwężenia działaniu elektrolizy. Po upływie 23-ch miesięcy światło krtani rozszerzyło się do tego stopnia, iż z łatwością wchodził dren o średnicy 15 mm., wobec czego zaniechano dalszego rozszerzania,

pozostawiając nadal przetokę krtaniowo-tchawiczą otwartą. Dopiero po upływie 6-miesięcy będzie można przystąpić do ostatecznego zamknięcia przetoki.

W drugim przypadku u chorej lat 22 St. Sz. po wypiciu lizolu w zamiarze samobójczym wskutek zachłyśnięcia się nastąpiło oparzenie wnętrza krtani z następczem bliznowatem zwężeniem na wysokości strun głosowych oraz w okolicy podgłośniowej. Bezpośrednio po wypadku u chorej z powodu znacznej duszności dokonano tracheotomji dolnej, a ze względu na trudności dekaniulacji przysłano ją do naszej polikliniki celem dalszego leczenia. Badanie laryngoskopowe wykazało wówczas bliznę, obejmującą tylną ścianę krtani na wysokości strun głosowych. Struny głosowe znacznie zgrubiałe, o brzegach wałowatych poruszają się prawidłowo. Natomiast w linji środkowej nie schodzą się całkowicie, pozostawiając wrzecionowaty rozstęp. W okolicy podgłośniowej rozległa blizna, zwężająca światło krtani do tego stopnia, iż z trudnością tylko udaje się przez ściśnione światło krtaniowe przesunąć cienki zgłębnik. W znieczuleniu miejscowem założono trwałą przetokę tchawiczo-krtaniową przez rozcięcie tchawicy w linji środkowej ku chrząstce obrączkowej bez naruszenia chrząstki tarczykowej. W utworzoną przetokę wszyto skórę szyi przyszywając ją szwami jedwabnemi do błony śluzowej krtani i tchawicy. Następnie po dokładnem wycięciu blizny podgłośniowej oraz nacięciu bliznowatych miejsc na tylnej ścianie wyłożono wnętrze krtani zwitkiem gazy kseroformowej, którą po upływie 2 tygodni zastąpiono drenami gumowemi, umocowanemi nitką jedwabną do kaniuli tchawiczej. W miejscach, gdzie błona śluzowa tylnej ściany tchawicy okazywała skłonność do wpuklania się do jej światła starano się przy pomocy elekrolizy zapobiedz zwężeniu. Po upływie 2 miesięcy światło krtani rozszerzyło się do tego stopnia, iż z łatwością wchodził dren 14 mm. średnicy, wobec czego zaprzestano dalszego rozszerzania drenami gumowemi, a przetokę krtaniowo tchawiczą pozostawiono nadal otwartą. Dalsze leczenie polegało na wprowadzaniu rozszerzadeł Schröttera co drugi dzień do krtani w celu wywołania zaniku pozostałych zgrubień śluzówki. Dopiero kiedy w ciągu następnych 3-ch miesięcy światło krtani i tchawicy pozostawało stale na tej samej szerokości, bez skłonności do zwężania się, przystąpiono do zamknięcia plastycznego przetoki sposobem Mangolta. W tym celu wszyto kawałek 2 cm. długi, chrząstki żebra bezpośrednio po jej wycięciu w kieszonkę podskórną szyi w blizkości otworu tracheotomijnego, a po jej wgojeniu się zamknięto otwór przetoki płatem skórno-chrzęstnym, przyszywaiąc płat ten dokładnie do jej okrwawionych brzegów.

Przechodząc z koleji do opisu sposobów leczenia zwężeń bliznowatych tchawicy i oskrzeli, muszę zaznaczyć, że przy zwężeniach tchawicy w obrębie samej przetoki tchawiczej stosujemy na ogół te same sposoby dilatacyjne, co i przy zwężeniach krtani. Zależnie od stopnia i rozciągłości zwężenia, możemy posługiwać się rurami metalowemi (bronchoskopowemi Rontaler), lub lejkami tchawiczemi Pieniążka, przy których pomocy rozrywamy szybko niezbyt rozległe i cieńkie blizny albo też w przypadkach głębiej usadowionych zwężeń bliznowatych tchawicy, staramy się przy pomocy szerokich kateterów angielskich wywołać przez stałe ugniecenie zanik tych blizn na ścianie tchawicy. Świeże blizny możemy usunąć częściowo ostrą łyżką lub cążkami tchawiczemi, natomiast bardziej spoiste blizny pokiłowe lub twardzielowe nacinamy zazwyczaj w kilku miejscach tak, aby następnie móc je rozerwać już mechanicznie przez wprowadzenie rury tracheoskopowej z przetyczką na krótki przeciąg czasu, sposobem podanym przez Pieniążka i Nowotnego Dopiero w przygotowane w ten sposób światło tchawicy wkładamy długą kaniulę elastyczną *Pieniążka* (cewnik angielski), wzgl., o ile zwężenie dotyczy tylko dolnej części tchawicy, wprowadzamy w to miejsce pod kontrolą bronchoskopu krótkie kilkucentrymetrowe rozszerzadła rurkowate Brüningsa. pozostawiając je na czas dłuższy w tem miejscu. W przypadkach nacieków i owrzodzeń przymiotowych, wywołujących znaczne utrudnienie oddechania, poleca *Erbrich* wprowadzanie miękkiego kateteru, odpowiedniej grubości z pozostawieniem go tak długo w tchawicy, jak długo chory jest w stanie wytrzymać, co początkowo przy nadmiernej wrażliwości błony śluzowej trwa zaledwie tylko kilka minut. Jednak nawet i przez to krótkotrwałe systematyczne wprowadzanie kateteru otrzymał wyżej wspomniany autor pomyślny wynik, zanim leczenie swoiste usunęło ostateczne przyczyny zwężenia. *Szmurło,* opisując przypadek lejkowatego zwężenia tchawicy na tle zmian pokiłowych, zaznacza, że przy pomocy rozszerzania rurą tracheoskopową z przetyczką udało mu się w tym przypadku uzyskać całkowitą poprawę. Postępowanie przy leczeniu bliznowatych zwężeń oskrzeli nie różni się zasadniczo od wyżej opisanego z tem tylko zastrzeżeniem, że wszelkie zabiegi chirurgiczne, jako to przerwanie blizn okrężnych przy lues lub wyłyżeczkowanie nacieków twardzielowych muszą być wykonywane z wielką ostrożnością ściśle pod kontrolą wzroku. Największą trudność nastręcza wprowadzanie rozszerzadeł do światła oskrzela zwłaszcza lewego i to przedewszystkiem przy równoczesnem zwężeniu dolnego odcinka tchawicy przez nacieki lub blizny. Rozszerzanie te wykonywamy przy pomocy

rur bronchoskopowych z przetyczką zakończoną stożkowato, przyczem zaznaczyć należy, iż wstrzymanie dostępu powietrza przez czas krótki do danego oskrzela, poprzednio już i tak znacznie zwężonego, nie wywołuje zaburzeń w oddechaniu. Po wyciągnięciu przetyczki chory może przez tubus bronchoskopowy swobodnie oddychać. Najlepsze wyniki osiągamy przez systematyczne wprowadzanie rozszerzadeł elastycznych (kateterów angielskich wzgl. zgłębników przełykowych) z pozostawieniem ich możliwie jak najdłużej w świetle danego oskrzela, co prowadzi niejednokrotnie do szybkiego przywrócenia jego drożności. W nielicznych tylko przypadkach nastręczają te spoiste i rozległe blizny, łączące się często ze zmianami łączno tkankowemi około oskrzelowemi, dla leczenia dilatacyjnego wielkie trudności. Dopiero połączenie sposobów postępowania chirurgicznego (nacięcie oraz wyłyżeczkowanie tych blizn) z zabiegami dilatacyjnemi może być po pewnym przeciągu czasu uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Jak z powyższego widzimy, dzisiejsze sposoby leczenia przewlekłych zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli opierają się przedewszystkiem na systematycznem rozszerzaniu ich zwężonego światła, przyczem zaznaczyć należy, iż wyżej opisane zabiegi chirurgiczne mogą czas trwania tego sposobu leczenia tylko do pewnego stopnia skrócić, a samo wprowadzanie rozszerzadeł w znacznej mierze ułatwić, lecz nigdy całkowicie zastąpić. Przyczyna leży w tem, że przez wycięcie zwężających części śluzówki nie jesteśmy w stanie zapobiec w inny sposób tworzeniu się następowych blizn i tem samem przeciwdziałać utrzymywaniu się zwężenia. Jako najodpowiedniejszy materjał, z którego sporządzamy te rozszerzadła dla krtani, musimy uważać zwyczajne dreny gumowe, których długość daje się każdym razem dokładnie dostosować do rozciągłości zwężenia i stosunku tych rozszerzadeł do kaniuli tchawiczej. Równocześnie podatność samego materjału, jako też luźny związek tych drenów z kaniulą tchawiczą dozwala na swobodne ruchy szyi i nie powoduje tego stałego przesuwania się dolnego końca kaniuli po ścianach tchawicy przy każdorazowem poruszaniu głową, który to moment daje niejednokrotnie powód do tworzenia się ziarniny w tem miejscu na ścianie tchawicy. To samo dotyczy rozszerzadeł elastycznych dla tchawicy i oskrzeli, których działanie polega na stałym, równomiernym ucisku na zwężające ich światło nacieki i blizny bez skłonności do tworzenia odleżyn. Wszystkie te sposoby leczenia dilatacyjnego zwężeń górnych i dolnych dróg oddechowych są długie i żmudne, wymagające wielkiej ostrożności w dobieraniu odpowiednich numerów rozszerzadeł dla danego rodzaju

zwężenia. Każde niezbyt ostrożne przejście od mniejszego numeru do większego może zwłaszcza w krtani spowodować mniej lub więcej głęboki odczyn zapalny, zniewalający do chwilowego zaprzestania dilatacji, co niejednokrotnie przesuwa cały efekt leczenia o kilka tygodni lub miesięcy wstecz, To też śmiało rzecz można, że okres leczenia. zwężeń bliznowatych krtani, tchawicy i oskrzeli rozkłada się w jednych przypadkach na szereg miesięcy, w cięższych natomiast wynosi od 2 do 3 lat. Może zastosowanie elektrokoagulacji zdoła skrócić czas trwania wyżej opisanego leczenia dilatacyjnego.

Piśmiennictwo:

1. *K. Gilewski:* 2 przypadki brodawczaków krtani. Przegl. lek ·W. 10. 1865. 2. *A. Szeparowicz:* Przypadki brodawczaków krtani operowanych drogą laryngofis. Dwutyg. medyc. publ. 1877. 3. *Obaliński:* Przypadek zwężenia krtani operowany p. rozcięcie krtani. Przegl. lek. W. 3. 1879. 4. *P. Pieniążek*: D. Zeitschr. f. Chirurgie 1893. Bd. 36. 38. Tenże: O leczeniu zwężeń krtani drogą laryngofis. Pamiętnik oddz. chirurg. Szpit. św Łazarza 1898. *P. Pieniążek:* Ueber Sclerom, Heymanns Handb d. Krankeh d. ob. Luftwege Bd. II. 198. Tenże: Behandlung d. Stenosen: Chirurgie w. Ohres. n. d. ob. Luft. wege 1911. 5. *T. Dembiński:* Nowiny lekarskie 1893. W. 9, 10, 11. 6. *F. Kijewski:* Uber Laryngofissur Arch. f. Laryng. Bd. 3. 1894• 7. *A, Sokołowski:* Verengerungen d. Luftröhre u. Bronchien. Arch. f. Larynd. Bd. 3. Tenże: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych 1902. 8. *A. Baurowicz:* Arch. f. Laryng. Bd. z. 1895. Tenże: Leczenie zwężeń krtani i tchawicy P. Gaz. lek. W. 46. 1924. 9. *J. Szmurło*: Przypadek lejkowatego zwężenia tchawicy Gaz. lek. 32. 911. 10. *A. Jurasz:* O twardzieli. Gaz. lek. w. XXXVI. 1912. 11. *F. Erbrich:* Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych. Warszawa 1918. 12. *L. Schrötter:* Laryngologisele Mitteilungen Wien 1875. Tenże: Klinik der Bronchoskopie 1906. 13. *Rontaler:* Przyczynek do leczniczego działania tracheoskopji Medycyna 1908. 14. *Uchermann:* Int. Kong. d. laryngolog. Budapest 1909. 15. *Killian:* Verhandlungen d. deutshen Laryngologen 1909. Tenże: Die direkte Bronchoskopie Verh. d. deutsch. Lar. 1911. Tenże: Bruns. Beiträge 1916. 16. *Thost*: Verengerungen d. oberen Luftwege Wiesbaden 911. 17. *Brüggemann:* Das Erschwerte Dekanulement u. seine Behandlung 1914. 18. *O. Chiari:* Chirurgie d. Kchlhopf. n. d. Luftröhre 1916. 19. *Sargnon i Barlatier:* Presse medic. 1908. Tenże: Lyon med. 1912. 20. Tenże: Annales de mal. de l'orcille... 1913. T. 39. *Sarguon i Toubert:* Annales de

mal. de l'oreille... 1914/2. 21. *Kofler-Hofer:* Wien. laryng. Ges. 1918. 22. *Schmiegelow*: Arch. f. Laryng. 1911. Bd. 25.

Badania uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych.

Podał Dr. GURANOWSKI.

(Odczyt wygłoszony w sekcji hygjeny szkolnej na XII zjeździe Lek. i Przyr Pol. 1925 r.).

Sprawa badania uszów, nosa i gardła u dzieci szkolnych wielokrotnie była omawianą na licznych kongresach zarówno higjenicznych jak i otologicznych. *Blake* na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Filadelfji, *Randall* — Congres of the American medical Association 1895 *Lermoyez* zjazd higjeniczny w Brukselli *Denker* — zjazd higjeny szkolnej w Norymberdze 1904. *Magnan* — zjazd międzynarodowy otologji w Bordeaux, 1904. *Hartman*—zjazd niemieckiego Tow. otologicznego w Hamburgu i następny zjazd w Bremie 1907, wreszcie *Jacques, Seidler, Löwenstein, Hansberg i Alexander*—a z dawniejszych autorów tą sprawą się zajmujących należy wymienić *Bezold'a, Gelle'a, Ostmana, Weila, Barr'a, Moure'a, Sexton'a Magera, Schmiegelow'a* i wielu innych, *Laubi* z Zurychu zwrócił w dyskusyi nad referatem *Hartmana* uwagę, że dopóki nie zostaną ujednostajnione metody badania słuchu, dopóty nie będzie można zdać sobie dokładnie sprawy z częstości chorób ucha, nosa i gardła, powodujących przytępienie słuchu u dzieci szkolnych. Tenże autor proponował wyłonienie komisji, któraby się zajęła tą sprawą—co też zjazd uchwalił. *Hartman* na zjeździe niemieckich otologów w Bremie 1907 r. zdał sprawę z prac komisji i wygłosił odczyt p. t. „O metodzie, podług której powinny być dokonane badania słuchu w szkołach".

W roku 1900, na IX zjeździe polskich przyr. i lekarzy w Krakowie Dr. *R. Spira* poruszył tą sprawę i przedłożył wniosek, który został przez zjazd przyjęty. Wniosek ten brzmiał jak następuje: „IX zjazd lekarzy i przyrodników polskich wzywa władze, ażeby zarządziły: 1) zestawienie statystyczne liczby głuchoniemych w kraju oraz zbadania przyczyn tego kalectwa i obecnego stanu narządu usznego u badanych i 2) zbadanie przez władze szkolne i sanitarne wszystkich dzieci szkolnych pod względem ich słuchu i poddanie chorych na uszy uczniów stosownemu specjalnemu leczeniu. W r. 1910 tenże kolega poruszył sprawę powyższą ponownie w Lwowskim Tygod.

Lek. w Nr. 42 i 43 i na str. 574 tak się wyraża: „Mimo, że wniosek ten przez zjazd został przyjęty, dotychczas nic w tej sprawie nie zrobiono. Upomnienia moje niestety nie znalazły dotychczas odpowiedniego oddźwięku i uwzględnienia i na razie znajdujemy się na tem samem miejscu, na którem znajdowaliśmy się przed 10 latami". Tak stała sprawa ta w r. 1910 w Galicji. U nas prócz badania słuchu u dzieci szkolnych w prywatnych szkołach przez *Rontalera i Pieniążka,* o których wspomina *Schoenaich* w „Przeglądzie Pedyatrycznym" r. 1908/9 w pracy p. t. „O częstości występowania i objawach wyrośli gruczołowatych jamy nosowo-gardłowej u dzieci" nikt tą sprawą się nie zajmował. Dopiero z chwilą wprowadzenia powszechnego nauczania i instytucji lekarzy szkolnych, dzięki zabiegom naczelnego lekarza szkół powszechnych prof. Szmurły udało się uzyskać jedną godzinę t. j. 6 godzin tygodniowo, dla badań uszów nosa i gardła u dzieci szkół powszechnych. Badania te rozpoczął w listopadzie 1922 r. *Dr. Turski* i prowadził je do czerwca 1923 r. i zbadał 332 chłopców w wieku od 7 — 10 resp. 13 lat. Od kwietnia 1923 objąłem po D-rze Turskim posadę lekarza specjalisty chorób uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych Warszawy i zbadałem od września 1923 r. do czerwca 1925 r. *chłopców* 862 i od września 1924 r. do czerwca 1925 r. *dziewczynek* 413=1275 dzieci w wieku od lat 7 do 15, resp. 16 i 17 lat. Prócz tego udzieliłem w ambulatorjum porady dzieciom przesyłanym z różnych szkół powszechnych w r. 1923 — 1924 a od września 1924 r. do czerwca 1925 r. 82, razem 274 chorym. Przypadki wymagające operacji odsyłane były przeważnie do szp. Ś-go Ducha (amb.) lub do kliniki oto-laryngol.

Z badań słuchu przezemnie uskutecznionych wynika, że na 862 chłopców miało słuch przytępiony 101 chłopców. — Zaś na 413 dziewczynek — 40 dziewczynek.

Przytępienie słuchu zależało u chłopców:

1) od nagrom. woszczku w 33 przyp.
2) przewl. nieżyt. ucha środ. (powięk. migd., wyr. aden.) 45 „
3) blizn bł. bęb. i suche przedz. 5 „
4) przewl. rop. zap. ucha śr. 18 „ (5 po odrze, 13 po szkarl.) = 101.

Przytępienie słuchu u dziewczynek zależało:

1) od nagrom woszczku w 14 przyp.
2) od przewl. nieżytu ucha 13 „ (wyr. i hyp. tons.)

3) od przewl. rop. zap. 12 przyp.
(5 odra i 7 po szkarl.)
4) ostr. zap. ucha sr. 1 = 40.

Opierając się na 2 letniem doświadczeniu, pozwalam sobie w sprawie badania słuchu dzieci szkół powszechnych wygłosić następujące postulaty:

1) Wobec ważności dla rozwoju dziecka dokładnego słuchu i konieczności we wczesnym okresie stwierdzenia przytępienia słuchu, uważam za rzecz nieodzowną, aby badanie słuchu dzieci było uskutecznione we wszystkich szkołach powszechnych. 2) Liczba szkół powszechnych z roku na rok się powiększa, w tym samym więc stosunku liczba lekarzy specyalistów oto-laryngologów powinna być powiększana. 3) Sala do badania słuchu powinna być dostatecznej długości (co najmniej 8 metrów) i znajdować się w zacisznem miejscu. 4) Kolejne badanie wszystkich dzieci uważam zgodnie z poglądem *Alexandra* za zbyteczne, wystarcza w zupełności wywiad lekarza szkolnego lub nauczyciela, uskuteczniony w kilka tygodni po wstąpieniu dziecka do szkoły. 5) Specyalista chorób uszów, nosa i gardła, jako lekarz szkolny, nie powinien zajmować się leczeniem dzieci z przytępieniem słuchu — rola jego musi się ograniczać do określenia istoty głuchoty i zawiadomienia na piśmie, wzg. na karcie choroby, rodziców lub opiekunów dziecka o konieczności leczenia lub operacji. 6) Wreszcie lekarz otjatra powinien dbać o odpowiednie rozmieszczenie dzieci w klasie tak, aby dziecko ze słuchem przytępionem siedziało na pierwszych ławkach w pobliżu nauczyciela.

O rozbieżności objawów błędnikowych

podał DYONIZY HELLIN
prof. Wolnej Wszechnicy Polskiej,

(Odczyt wygłoszony w sekcji laryngologicznej na Zjeździe lekarzy polskich w Warszawie w r. 1925).

Celem odczytu jest zwrócenie uwagi nie na znaną nam wszystkim rozbieżność objawów błędnikowych w całym szeregu przypadków, lecz na wnioski, do jakich ta rozbieżność prowadzi, t. j. na znaczenie zjawiska tego dla teorji Bárány'ego i fizjologji wogóle.

Reakcja rozmaitych zwierząt na podrażnienie błędnika nie jest, jak wiadomo, jednakowa: jedne z nich wykonywują przedewszystkiem

ruchy oczu, inne — głowy, inne wreszcie tułowia i głowy, nieznaczne zaś tylko ruchy oczu.

U dzieci podrażnienie błędnika wywołuje często tylko oczopląs, nie pociągając za sobą odruchów tułowia i kończyn. W chorobie morskiej, pomimo obecności innych objawów błędnikowych — wymiotów i utraty równowagi — niema oczopląsu. Małpy przy obracaniu nie wykazują żadnych zaburzeń błędnikowych — ani wymiotów, ani oczopląsu, ani utraty równowagi. Znieczulenie jamy bębenkowej eterem znosi odczyn cieplny, nie znosi jednak odczynu obrotowego. U niektórych ludzi niema po obracaniu zmian statycznych kończyn, a tylko zjawia się oczopląs. Także i *kolejność* objawów błędnikowych — wymiotów, zawrotów głowy, padania i omijania u rozmaitych ludzi bywa rozmaita. Przy stosowaniu metody *Kobraka* podrażnienia minimalnego (5 cm. sześć. wody o 15^0 C) zjawia się tylko oczopląs, podczas gdy zawrót, padanie, wymioty, objaw omijania są tu zjawiskami wyjątkowymi. Powstają one dopiero przy zwiększeniu podrażnienia. A zatem nie z jednakowemi tu sprawami mamy do czynienia.

Na tę rozbieżność zwrócili w najnowszych czasach uwagę szczególnie *Borries* i *Fujiori* w szeregu doświadczeń. *Borries* w doświadczeniach nad gołębiami wykazał, że, w kilka tygodni po usunięciu łuków półkolistych błoniastych, występował oczopląs cieplny, podczas gdy nie było oczopląsu obrotowego. *Fujiori* zaś plombował kanały półkoliste zarówno po, jak i bez usunięcia łuków błoniastych, a pomimo to można było wywołać oczopląs, drażniąc błędnik wodą zimną. *Neumann* zwrócił uwagę na to, że w zapaleniu surowiczem błędnika odczyn cieplny może być ujemny pomimo istnienia odczynu obrotowego, w przypadkach zmian konsystencji cieczy błędnikowej, jak np. w zapaleniu surowiczem błędnika. Tę dysocjację odruchów błędnikowych spotykamy w stwardnieniu rozsianem, w zapaleniu mózgu, po urazach czaszkowych, w kile ucha wewnętrznego dziedzicznej i nabytej, wreszcie w histerji, gdzie służyć ona może jako objaw rozpoznawczy.

Przytoczone zjawiska dowodzą, że 1) inna jest droga podrażnienia przy obracaniu a inna przy odczynie cieplnym, i że zatem teorja Bárány'ego nie tłómaczy należycie powstawania objawów błędnikowych, 2) że oczopląs cieplny nie jest zależny (a przynajmniej nie wyłącznie tylko) od kanałów półkolistych, jak tego dowodzą doświadczenia *Borriesa* i *Fujiori'ego,* według których oczopląs cieplny, ponieważ zjawia się nawet po zniszczeniu kanałów półkolistych, jest

zależny nie od nich, a od innych części błędnika — od narządu otolitowego. Od kanałów półkolistych zależy zaś tylko oczopląs obrotowy.

To są pierwsze wnioski. Dalej należy zwrócić uwagę na pewne paradoksy co do wrażliwości ucha na działanie temperatury. Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba, że dotychczas jeszcze nie wiemy, dlaczego oczopląs u gołębi, pod wpływem działania podrażnienia cieplnego, skierowany jest w stronę przeciwną niż u człowieka — wprawo po podrażnieniu wodą zimną ucha prawego lub wodą ciepłą lewego. Pomijam tu sprawę zależności odczynu od ciepłoty ciała, wiadomo bowiem, że dla gorączkującego, mającego ciepłotę np. 40^0, woda o temperaturze 38^0 będzie czynnikiem, działającym w sensie zimna, podczas gdy u człowieka o ciepłocie normalnej będzie ona działała jako podrażnienie ciepłem. U niektórych ludzi woda 37^0 działa na błędnik jako czynnik zimna, a woda o temperaturze $37{,}6^0$ działa już jako czynnik ciepła. Mogą dalej występować objawy, nie odpowiadające przewidywaniom teoretycznym: niekiedy np. działanie wody zimnej na jedno ucho nie odpowiada działaniu wody ciepłej na drugie ucho, a razem zastosowane wywołują inny typ oczopląsu. Spostrzegano w tych warunkach, zamiast oczekiwanego wzmocnienia oczopląsu, zniknięcie tylko fazy szybkiej, zatrzymanie się gałek ocznych we wzmożonej pozycji zboczenia. Przy porażeniu połowicznem, drażnienie zimną wodą ucha zdrowej strony lub ciepłą wodą strony porażonej wywołuje oczopląs w stronę chorą. Natomiast przy próbie odwrotnej (ciepła woda po stronie zdrowej a zimna po stronie chorej), jeśli chory skieruje spojrzenie w stronę chorą (co powinno znieść oczopląs), szybka faza pomimo to zwrócona jest w stronę zdrową.

Jakie z tego dają się wysnuć wnioski? Zdawałoby się, że z rozmaitej, rozbieżnej wrażliwości na ciepło i zimno, należałoby wyprowadzić wniosek, że dla doprowadzenia podniet ciepła i zimna istnieją rozmaite włókna. Według mniemania *Kobraka*, podrażnienie przez czynnik ciepła przenosi się za pomocą włókien skrzyżowanych, a podrażnienie przez czynnik zimna — drogą włókien bezpośrednich. Lecz ten fakt, że u chorych z podwyższoną np. do 40^0 ciepłotą, woda o temperaturze 39^0 działa jako czynnik zimna, a nie ciepła, zdaje się przemawiać przeciw istnieniu oddzielnych włókien dla ciepła a oddzielnych dla zimna. I to jest trzeci wniosek z tych spostrzeżeń.

Badanie czynności błędników doprowadza więc nas do wniosków, mających znaczenie nietylko dla fizjopatologji błędnika, lecz dla całego wogóle ustroju.

Przypuszczać należy, że odczyn kaloryczny powstaje wskutek zmian w krwiobiegu drogą działania na naczynia krwionośne. Przytoczone fakty, jak i fakt osłabienia odczynu pomimo wzmożenia podrażnienia bądź tego samego, bądź przez dodanie nowej podniety (np. obracanie po drażnieniu wodą), jak również zaburzenia błędnikowe przy zatruciach, także działających drogą zmian w krwiobiegu, jak to zaznaczyłem w jednej z prac moich o roli błędnika*), dowodzą— i to jest czwarty wniosek — że odczyny błędnikowe są, wbrew poglądowi Bárány'ego, raczej wynikiem zmian natury fizjologicznej, niż fizycznej.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. *Jan Szmurło.*

DR. MED. TADEUSZ WĄSOWSKI.
Asyst. kliniki.

Przypadek chłoniaka gardzieli.

Chłoniaki należą do nowotworów naogół nie często spostrzeganych. W ogólnej literaturze chirurgicznej znajdujemy największą liczbę opisanych przypadków, które dotyczą przeważnie chłoniaków torbielowatych. (Söderbaum, Storch, Perimow, Ligabue, Oppel, Wrese, Stillman, Gaudier i Gorse, Outerbridge, Kryński).

Przeszukując piśmiennictwo otolaryngologiczne, znajdujemy tam tak niewielką liczbę opisanych przypadków chłoniaków, iż zdanie Sędziaka, zaliczającego to cierpienie do „białych kruków", nie wydaje się wcale przesadzonem,

W r. 1902 Weil opisuje przypadek recydywującego chłoniaka jamistego tylnej ściany gardzieli u 17 letniej dziewczyny, przyczem nadmienia, iż podobnych przypadków w literaturze nie znalazł wcale.

W r. 1903 Hamm podał własny przypadek chłoniaka jamistego dolnej małżowiny nosowej; wspomina on o siedmiu przypadkach zebranych przez Samter'a. Sędziak w podręczniku swym p. t. „Choroby nosa" wspomina o podobnym przypadku chłoniaka nosa podanym przez Schmidta.

W r. 1908 Shukow spostrzegał przypadek chłoniaka krtani;

---

*) Hellin i Szwarz. Du rôle du labyrinthe dans la maladie de Basedow. Revue neurologique T. 37.

w pracy swej podaje, iż udało mu się w piśmiennictwie zebrać 9 podobnych przypadków.

W r. 1912 prof. Szmurło opisuje własny przypadek chłoniaka przegrody nosowej. W tym samym roku Stein podaje przypadek recydywującego chłoniaka ucha środkowego, przyczem wspomina, iż w literaturze nie spotykał podobnych.

Bergmann - Küttner, omawiając sprawę chłoniaków języka i jamy ustnej, wspominają o przypadku Ratimowa, który spostrzegał ten nowotwór na podniebieniu miękkiem.

Lenguel w r. 1922 opisał przypadek chłoniaka jamy nosowo-gardłowej wielkości jabłka, na nóżce, wychodzącej z okolicy trąbki Eustachjusza. Wreszcie Grünwald podaje, iż rzadkie przypadki chłoniaka migdałków opisane były przez Lejars'a, Kien'a, Glas'a, Bonamour'a.

Ze względu na tak małą liczbę znalezionych w piśmiennictwie przypadków chłoniaków wogóle, a chłoniaków gardła w szczególności, pozwolę sobie podać tu przypadek chłoniaka jamistego gardzieli, spostrzegany na klinice otolaryngologicznej (oddział wojskowy—kier. płk. Dr. Świeżyński) U. S. B. w Wilnie.

Przypadek ten byłby siódmym z rzędu ogłoszonych, jak można wnosić z przejrzanej przeze mnie dość dużej literatury.

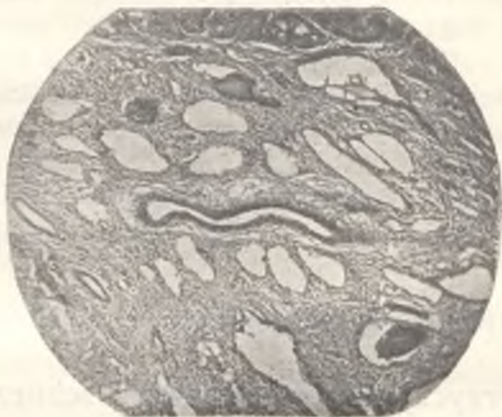
11 września 1924 r. przybył na oddział otolaryngologiczny szpitala wojskowego w Wilnie chory żołnierz Aleksy B. 22 lat, uskarżający się na trwające od pewnego czasu bóle gardła.

Chory budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. W narządach wewnętrznych żadnych zmian chorobowych nie stwierdzono.

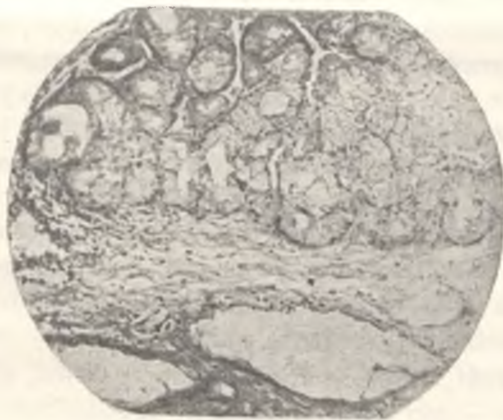
Przy badaniu gardła daje się zauważyć za prawym łukiem podniebiennym wał ruchomy, grubości małego palca, ciągnący się w dół do miejsca połączenia łuku podniebiennego tylnego z tylną ścianą gardła. Wał ten, w dole kończący się nagle, w górnej części, zmniejszając się, przechodzi na boczną ścianę epipharyngis, gdzie kończy się w okolicy jamki. Rosenmüllera. W nosie — przerost małżowin dolnych w stopniu niewielkim. Odczyn Wassermanna ujemny.

Przypuszczając, że mamy przed sobą nowotwór, a nie stan zapalny, prof. Szmurło wykonał próbne wycięcie kawałka guza w celu zbadania drobnowodzowego, które dało następujący wynik: wśród obficie rozrosłej wiotkiej tkanki łącznej widzimy masę naczyń różnych kształtów i wielkości, w podłużnem i poprzecznem przecięciu, tworzące niekiedy jamiste rozszerzenia; naczynia są wysłane śródbłonkiem i zawierają wewnątrz ścięte białko (rys. 1). Niektóre z naczyń posia-

dają tylko ścianę złożoną ze śródbłonka (intima), inne mają dość wyraźną otoczkę łącznotkankową (adventitia). Gdzieniegdzie w polu widzenia naczynia krwionośne z wyraźnie zaznaczoną ścianą, składającą się ze śródbłonka, warstwy średniej i zewnętrznej. Wymienione naczynia chłonne i krwionośne ułożone są wśród luźnej tkanki łącznej, zawierającej obfitość komórek najczęściej z jądrami formy wrzecionowatej. Miejscami w okolicy naczyń krwionośnych widzimy skupienia drobnokomórkowe, złożone z limfocytów, oraz dość licznych komórek plazmatycznych. Na obwodzie, tuż pod śluzówką, pokrywającą guz, jak również wśrodku guza, wśród tkanki łącznej widzimy na przekroju skupienia całe gruczołów śluzowych, tworzące jakby oddzielne zraziki gruczołowe (rys. 2).



Rys. 1.



Rys. 2.

Na podstawie badania drobnowidzowego rozpoznano chłoniak jamisty (lymphangioma cavernosum) gardzieli. Pewne wątpliwości, czy mamy do czynienia z lymphangiomatem czy też z lymphangiectazją, nasuwa obecność pośród tkanki guza skupień gruczołów śluzowych, jednak ograniczoność guza z jednej strony, rozrost obfity naczyń chłonnych z drugiej przemawiałyby raczej na korzyść lymphangioma cavernosum. Zresztą zarówno chłoniak

jamisty, jak i lymphangiectazje gardła należą do rzadkości i winny być w piśmiennictwie notowane.

Nowotwór usunięto w dwóch posiedzeniach (prof. Szmurło, pułk. Dr. Świeżyński), przyczem krwawienie było bardzo nieznaczne. W ciągu 3-ch miesięcznej obserwacji nawrotów nie spostrzeżono.

Podając niniejszy przypadek, nie będę w tem miejscu omawiał kwestji pochodzenia chłoniaków oraz ich podziału anatomo-patologicznego; chcę tu zwrócić uwagę w sprawie leczenia ich na spostrzeżenia Abbe'go z r. 1915, który w przypadkach recydywujących chłoniaków z dobrym skutkiem stosował rad.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło.*

Przyczynek do leczenia schorzenia zatok nosowych Argyrolem

podał PIOTR ROZWADOWSKI asystent kliniki.

Ropienia w zatokach nosowych są częstsze, niż to niejednokrotnie się stwierdza na podstawie objawów klinicznych lub innych sposobów rozpoznawczych. Prócz przypadków, gdzie objawy są wyraźne, mamy nierzadko do czynienia z utajonem zakażeniem zatok, kiedy ani klinicznie nie stwierdzamy tego schorzenia, ani radjografja nie daje nam niezbędnych wskazówek, i tylko wystąpienie powikłań, np. postępującego schorzenia nerwów wzrokowych lub innych zaburzeń narządu wzrokowego skłania nas, po wykluczeniu innych możliwych przyczyn, do przypuszczenia że pierwotnem ogniskiem chorobowem jest zakażenie zatok sitowych tylnych, lub klinowej, a otwarcie ich i usunięcie tego ogniska zakaźnego powoduje ustąpienie objawów ze strony narządu wzrokowego. W zatokach tych, pomimo że obraz radjoskopowy daje normalne, jasne zarysy, mogą być resztki mas zakażających, które wystarczają dla wywołania schorzenia oczu, miejscowo powodując małe, niewykrywalne przy badaniu zmiany.

Otwarcie zakażonej zatoki, usunięcie ropy i chorej tkanki, ułatwienie należytego odpływu — oto jedyny racjonalny sposób leczenia podobnych przypadków, leczenie zaś zachowawcze często pozostaje bez skutku. Jednak zdarza się nieraz, że chory nie zgadza się na dokonanie zabiegu, po za tem oględnie go musimy stosować w wieku młodzieńczym chorego, kiedy kościec nie jest jeszcze zupełnie ukształ-

towany, a więc wszelkie naruszenie całości kości może wywrzeć wpływ ujemny na dalszy ich rozwój; w wieku dziecięcym przekłucie próbne i przemywanie zatok szczękowych bywa utrudnione, zatoka jest mała, gdyż dno zatoki jest w tym wieku wysoko wysklepione, przekłucie trzeba robić nie pod, a nad małżowiną dolną, a więc w okolicy naturalnego otworu zatoki. W przypadkach takich często musimy zastosowywać leczenie zachowawcze.

Wśród wielu środków, stosowanych w tym celu, wybitne miejsce zajęło u amerykańskich rhinologów leczenie argyrolem według sposobu podanego przez Dowlinga, w 6-ym numerze „Laryngoskope'u" z roku ubiegłego, a polegającego na zakładaniu do nosa tamponów z argyrolem.

Na propozycję kierownika kliniki prof. Szmurły zastosowałem ten sposób leczenia w 24 przypadkach, gdzie zajęcie zatok było niewątpliwe, objawy kliniczne wyraźne, próbne przekłucie, zgłębnikowanie i prześwietlanie potwierdzało rozpoznanie. Schorzeniu podlegały albo pojedyncze zatoki, szczękowa, czołowa, sitowe, klinowa, lub kilka jednocześnie. Leczeni byli chorzy ambulatoryjnie, co poniekąd utrudniało systematyczne leczenie, gdyż chorzy nie zawsze regularnie zgłaszali się. 4 chorych przerwało na czas dłuższy leczenie po osiągnięciu już znacznej poprawy; podmiotowo uważali się za wyleczonych, chociaż badanie jeszcze wykazywało trwanie schorzenia. W dwóch przypadkach pomimo dłuższego leczenia wynik był nieznaczny; w obu tych przypadkach miałem do czynienia z zanikowym nieżytem nosa, spowodowanym sprawą ropną w zatokach sitowych. Po 8 tygodniowem leczeniu zasychającą wydzielinę ropną wciąż stwierdzić można było na sklepieniu nosa, bywały krótkie okresy, gdy się zdarzało, że choroba została usunięta, nos był czysty, podmiotowo czuli się chorzy dobrze, bóle głowy ustępowały, lecz wkrótce występował nawrót, chociaż wówczas objawy chorobowe były znacznie słabsze. W pozostałych przypadkach mogłem stwierdzić wybitną poprawę po dłuższem lub krótszem leczeniu; o zupełnem wyleczeniu nie mogę tu mówić, pomimo, że ustąpienie wszelkich widocznych objawów chorobowych uprawniałoby do tego, gdyż okres czasu obserwacji był zakrótki (2—4 miesięcy). W przeważnej liczbie przypadków mogłem stwierdzić znaczną poprawę stanu podmiotowego: bóle głowy, które w niektórych przypadkach były znaczne, uporczywe i często stanowiły jedyną skargę chorego, ustępowały po kilku tygodniach, ustępowało również uczucie zasychania i zatykania w nosie, drapania w gardle. Przedmiotowo wydzieliny ropnej w górnej części nosa lub na sklepieniu nosogar-

dzieli nie było już po 4 — 6 tygodniach. Niektóre przypadki były zastarzałe, jak można było sądzić z wywiadu, trwające od szeregu lat. Z nieprzyjemnych objawów podczas leczenia występowały: zaczerwienienia spojówek, nasilenie już istniejącego nieżytu tychże, często obrzmienie sluzówki nosa, kichanie, obfite wydzielanie sluzu, czasem nasilenie bólów głowy; objawy te przemijające występowały w początkach leczenia. Zależnie od dawności schorzenia i intensywności objawów tampony zakładałem codzień, lub co 2-gi i 3-ci dzień. W miarę ustępowania sprawy ropnej stosowałem je w dłuższych odstępach czasu, a w końcu leczenia, gdy już wszelkie objawy, zdawało się, ustąpiły, 1 raz na tydzień. Z początku na tamponach po ich wyjęciu z nosa stwierdzałem wolną ropę, przylegającą do ich powierzchni, która z czasem stawała się galaretowatą, lepką; w dalszym ciągu tampony były pozostawiane przez czas dłuższy, nie wywołując żadnego podrażnienia. Dopóki białe, lub żółtawe pasma ropy przylegają do tamponów należy przypuszczać, że czynna infekcja jest obecną; z chwilą, gdy zjawiają się pasma jasne, przeświecające, jadowitość zakażenia znacznie się zmniejsza. Obecność ciemno-zabarwionych, sluzowych pasemek wskazuje na to, że jadowitość drobnoustrojów została opanowana, pozostaje jeszcze niezakaźny proces nieżytowy, który przy dalszem leczeniu zmniejsza się do minimum, sluzówka staje się odporną na nowe zakażenie, a odpływ z zatok jest zapewniony przez naturalne ujścia. Argyrol, jak i inne koloidolne preparaty srebra, przy zastosowaniu w tamponach zdaje się strącać ropę w tkankach, co może być powodowane powinowactwem ich (ropa, argyrol-koloidy). Nosowe tampony dalej spowodowują większe wydzielanie wody przez tkanki (Gotstein) i przez to błona śluzowa jakby wypłókuje się z elementów drobnoustrojowych, co klinicznie obserwuje się w postaci wolnej ropy, często przylegającej w początku leczenia do tamponów.

Stosowałem argyrol w 10% rozczynie wodnym. Tampony przygotowywałem z długich wyjałowionych pasków gazy, które się nawijało na cienkie zgłębniki nosowe, lub na końce szczypczyków nosowych. Pierwszy sposób jest lepszy, gdyż daje możność łatwego pozostawienia tamponu w nosie przez wykręcanie zgłębnika w stronę odwrotną nawijania waty i jednocześnie lekkie jego wyciąganie, tampon przy tem lekko się rozwija i dokładniej przylega do śluzówki nosa. Po przygotowaniu w ten lub inny sposób tamponu zanurza się go do rozczynu argyrolu i następnie wprowadza się do nosa, umieszczając między środkową a dolną muszlą jaknajdalej ku tyłowi. Przy wycią-

ganiu zgłębnika pochyla się rękojeść ku dołowi prawie aż do zetknięcia się z górną wargą, a koniec zwraca się w kierunku lejka i wówczas dokonywa się ostatniego posunięcia w celu umieszczenia tamponu w najbliższem sąsiedztwie lejka, poczem zgłębnik ostatecznie się wyciąga, pozostawiając tampon w należytem położeniu. Tampony zakładałem do obu nozdrzy bez względu na to, czy badanie wykazywało jednostronne schorzenie, czy też obustronne, gdyż rzadko się zdarza, aby tylko jedna zatoka była zajęta; pomimo braku objawów klinicznych należy przypuszczać obecność zarazków zakażających i z drugiej strony choć może nie tak silnych, aby wywołać dające się stwierdzić przy badaniu objawy. Spostrzeżenia nad zbieleniem tamponów, zakładanych po stronie rzekomo zdrowej, potwierdzało w większości wypadków to przypuszczenie. Pozostawiałem tampony z początku 15 minut, stopniowo przedłużając ten czas do godziny, a czasem i dłużej. Po wyjęciu tamponów należy dokładnie wydmuchnąć z nosa wszelką wydzielinę, poczem zastosowywałem jeszcze przemywanie nosa rozczynem fizjologicznym Na Cl. o ciepłocie pokojowej (14^0 R.). Takie przemywania działają tonicznie na tkankę nosową, i są przeciwskazane tylko u kobiet przed i podczas miesiączkowania. Czasem przy wąskim przewodzie środkowym zakładanie tamponów sprawia pewien ból, lecz tego też można uniknąć, przygotowując tampony odpowiednio cieńsze, tak aby bez wysiłku można było je wprowadzić; dla tego uprzednio należy dokładnie obejrzeć nos, zwracając uwagę na wszelkie zmiany, jak skrzywienie przegrody, przerosty małżowin. Znieczulenie uprzednie kokainą nie jest wskazane wobec jej działania zwężającego naczynia, a w myśl ostatnich badań Sternberga, porażającego nerwy rozszerzacze naczyń.

Badania laboratoryjne D-ra Terry wykazały znaczenie tamponów argyrolowych przy rozpoznawaniu utajonego zakażenia jam nosowych, ostrego lub przewlekłego, gdyż wobec zarazków chorobotwórczych występuje wyraźne zbielenie tamponów, których zabarwienie z normalnego ciemno brunatnego staje się żółtawem, a nawet zupełnie się odbarwia. Może mieć to znaczenie w decydowaniu się na zabieg na zatokach sitowych i klinowych.

Nie przesądzam możliwości zupełnego wyleczenia każdego przypadku ropienia zatok nosowych, gdyż i ilość obserwowanych przezemnie chorych i okres czasu obserwacji jest zbyt krótki, aby można było na tej podstawie stawić wniosek twierdzący, jednakże wyniki, otrzymane przy tym sposobie leczenia są tak zadawalniające, że i sam w dalszym ciągu będę dalej prowadził spostrzeżenia i mogę zachęcić

innych kolegów do wypróbowania go, tembardziej że sam sposób jest łatwy do wykonania, a nie uciążliwy dla chorego, dla którego usunięcie często dotkliwych i uporczywych objawów, nękających go, ma duże znaczenie.

STRESZCZENIA.

Nos i jamy boczne.

VOLLBRACHT: *O leczeniu wakcyną kataru siennego* (Ztsch. f. H. N. O. 1924. Bd. 10. T II).

Omawiając krótko teorje powstawania kataru siennego, autor podnosi znaczenie uodpornienia cierpiących za pomocą wielowartościowej wakcyny pyłkowej (firmy Natterer u. C⁰ München). Jest to wyciąg wodny pyłków traw i żyta, przyczem 1 gr. pyłków wdł. obliczeń Noon'a i Freemon'a zawiera ok. 1.000,000 jednostek. Uodpornienie zaczyna się od $^1/_2$ lub $^1/_3$ dozy podrażnienia. Zastrzyknięcia podskórne należy rozpoczynać w pierwszych dniach marca i przeprowadzić 18—20. Słabe dawki (15—20 E) dawać należy co 3—4 dni, średnie co 4—5 dni, mocne co 6—7 dni. Małe dozy wzmacniać za każdym razem o 100%, średnie—o 50%, mocne o 25%. Zakończenie kuracji winno przypadać na okres kwitnięcia roślin. Statystyka autora daje 40% wyleczenia, 30% polepszenia i 30% bez zmian.

Autor miał również dobre wyniki i od leczenia malemi dawkami tuberkuliny *Wąsowski.*

G. SPIESS. Przyczynek do leczenia ozeny. (Ztsch. f. H. N. O. 1922. B. IV. H. I).

Podając swój sposób leczenia ozeny zastrzykami podsluzowemi krwi chorego, autor wychodzi z założenia, iż należy używać środki, któreby mogły pobudzić atroficzną sluzówkę nosa do regeneracji. Autor zastrzykuje pod sluzówkę lub ochrzęstną muszel i przegrody nosa 8—10 ctm^3 krwi świeżo otrzymanej z żyły chorego. Krwiak taki zdaniem autora mało ma skłonności do wsysania się, a przeciwnie ulega organizacji. Powtarza autor zastrzyki co 8—10 dni.

Wąsowski.

J. LERMOYEZ: Objawy wstrząsu w skurczowym nieżycie nosa Ann. des maladies de l'oreille du laryn. T. 43/4.

Na podstawie własnych badań i spostrzeżeń zalicza autor nieżyt naczynioruchowy nosa do objawów wstrząsu występującego pod dwojaką postacią: t. zw. coryza spamodica periodica i aperiodica. Objawy kliniczne tego wstrząsu stoją w związku ze zmianami przewlekłemi zapalnemi błony śluzowej nosa obok spraw ogólnych pod postacią pokrzywki, astmy, migreny i t. p. Prócz tego występuje we krwi leukopenja wraz z zaburzeniami składu procentowego ciałek białych, nadmierna krzepliwość krwi a w dalszym ciągu wyraźny odczyn skórny przy użyciu antigenów. Autor nazywa to skazą kolloidoklastyczną, która może się ujawnić jako idiosynkrazja wtedy, kiedy przez jednorazowy wpływ wstrzyknięcia zostanie wywołany napad (coryza spasmodica po Salvarsanie) lub jako anafilaksja, kiedy przyczyną jej jest działanie szkodliwych produktów przemiany materji. Zaburzenia wewnętrznego wydzielania tarczycy i jajników mają zdaniem autora w powstawaniu tej skazy ważne znaczenie. Atropina i adrenalina mogą wywrzeć nieraz wpływ korzystny podobnie jak przy astmie. Leczenie sposobem *Ewing-Śluder* przez wstrzyknięcie alkoholu 70% w okolicę zwoju podniebienno-klinowego lub przyżeganie formolem albo lapisem błony śluzowej, leżącej ponad tylnym końcem muszli środkowej, dało w niektórych przypadkach pomyślne wyniki. W dalszym ciągu omawia autor sposoby odczulenia błony śluzowej przez wstrzykiwanie podśluzowe surowicy krwi chorego autohaemoterapję), wstrzykiwanie domięśniowe peptonu lub węglanu sodowego. W końcu omawia autor szczegółowo całą symptomatologję i djagnostykę powyższego schorzenia, nawiązując do leczonych przez siebie przypadków sposobem wyżej omówionym.

Laskiewicz.

F. BLUMENFELD: W sprawie oddziaływania allergetycznego błony śluzowej nosa Zeitschr. f. Laryng Rhinologie Bd. 12/5 24.

Autor przeprowadzał badania nad odczynami ze strony błony śluzowej nosa po wtarciu tuberkuliny Kocha w błonę śluzową przegrody nosa wacikiem na zgłębniku a równocześnie wykazywał tym samym rozczynem tuberkuliny próbę Pirqueta na skórze. W 10-ciu przypadkach dodatniej gruźlicy płuc wystąpił wyraźny odczyn w obu tych miejscach szczepienia równocześnie, przyczem odczyn na błonie śluzowej nosa był stale intensywniejszy. Błona sluzowa nosa wykazywała w tych przypadkach silne zaczerwienienie oraz zgrubienie wynoszące około 4 — 5 mm. w przekroju, otoczone czerwoną obwódką. W 2-ch przypadkach zauważył autor powierzchowne ubytki nabłonkowe a w 1 przypadku przedstawił się ten odczyn w postaci ostrego

rozlanego nieżytu nosa z zajęciem jam bocznych i gardzieli. Czas trwania tych odczynów wynosił przeciętnie 4 — 5 dni. W 2-ch wątpliwych przypadkach gruźlicy płuc wypadły oba te odczyny ujemnie. Na podstawie tych wyników przychodzi autor do wniosku, że przy dodatniej gruźlicy błona śluzowa oddziaływa nosa na wprowadzany antygen (tuberkulina) zupełnie identycznie jak skóra. W dalszym ciągu podkreśla autor zdolność samoobrony biologicznej błony śluzowej nosa i jej znaczenie w wytwarzaniu ciał ochronnych, krążących w ustroju, a prócz tego przypisuje jej udział w zjawiskach idiosynkrazji ustroju. *Laskiewicz.*

LIÉBAULT GEORGES: Schorzenie tylnych jam bocznych a pozagałkowe zapalenie nerwu ocznego. Rev. de laryngol. d'otologie et de whinol. R. 45/17 24.

Autor rozróżnia w obrębie tylnych jam bocznych trojakiego rodzaju zmiany: 1) Sprawy zapalne o typie przewlekłym, dające powód do tworzenia się polipów. 2) Zapalenie ropne, przy których wydzielina spływa przeważnie do jamy noso-gardłowej. 3) Stany silnego przekrwienia i obrzmienia wyściółki wewnętrznej tych jam bocznych, która przedstawia wygląd soczysty i lśniący. Równocześnie zmiany w ukrwieniu, naczyniach krwionośnych oka wskazują na zaburzenie współczulne unerwienia po całej tej stronie, zwłaszcza jeżeli badanie w kierunku kiły, rozsianego stwardnienia, względnie toxycznego zajęcia nerwu ocznego wypadnie ujemnie. Autor uważa to rozpoznanie, szczególniej w tych przypadkach za usprawiedliwione, w których badanie jamy nosowej dało wynik ujemny. Z zabiegów leczniczych zaleca w 2-ch pierwszych przypadkach zapalenia wycięcie muszli średniej z następowem wyłyżeczkowaniem wszystkich komórek sitowych możliwie oraz usunięcie przedniej ściany zatoki klinowej.

Laskiewicz.

G. CANUYT ET J. TERRACOT: O leczeniu napadowych bólów głowy w okolicy zatoki czołowej drogą znieczulenia miejscowego Ann. des malad de l'orcille. T. 43/6 24.

W celu zniesienia napadów gwałtownego bólu głowy przy ostrem zapaleniu jamy czołowej zalecają autorowie znieczulenie m. nasalis int. i frontalis w odróżnieniu od dawniejszych sposobów Vacheza, Denisa, Duvergera, Laurensa, Laboure i Panuhało autorowie podają sposób własny, polegający na tem że igłę wkłuwa się powyżej wewnętrznego kącika oka trafiając najpierw nerw nasalis int., a następnie przez przesunięcie jej po górnym brzegu oczodołu znieczula się także nn.

frontales. Równocześnie przez rozszerzanie can. nasofrontalis od strony przewodu środkowego ułatwia się odpływ wydzieliny zapalnej z jamy czołowej. Sposób ten umożliwia przesunięcie zabiegu doszczętnego na czas kiedy ostre objawy zapalne znikną całkowicie.

Laskiewicz.

Jama ustna i gardło.

Dr. SARGNON: Przyczynek do studjum klinicznego i radjografji kamieni ślinianki. L'otó-Rhino-Laryngologie Internationale Decembre 1924).

Dużą pomoc w rozpoznaniu cierpienia tego daje nam objaw, na który zwraca uwagą *Garel*, a mianowicie: okresowe, nieraz bolesne obrzmiewanie okolicy ślinianki podczas jedzenia, Roentgen, jako metoda rozpoznawcza, dawał powody do omyłek, ponieważ brano kamienie za zęby dodatkowe. Dalej R. nie dawał wyników z powodu błędów natury technicznej. Należy podkreślić, iż kamienie ślinianki są bogate w sole wapnia i jako takie dają zarys dość wyraźny. Pod względem chemicznym są zbliżone do winnianu. Do robienia zdjęć nadają się 2 drogi; jedna, zewnętrzna, którą jednakże należy uznać za niepewną, gdyż, nie bacząc na odgięcie głowy, częstokroć szczęka maskuje obecność kamieni, zwłaszcza małych. Druga zaś — droga przez usta. Wskazał ją *Maingot*, radząc przy maksymalnem odchyleniu głowy zdejmować okolicę podbródkową, włożywszy płytkę między szczęki.

Do wykonania operacji wystarczy znieczulenie miejscowe; cięcie śluzówki zwykłe; wydobycie kamienia za pomocą noża, zgłębnika rowkowanego i łyżeczki. Należy usunąć cały kamień bardzo dokładnie i by nie zostawić odłamków należy sprawdzić to, co było usunięte z zarysami kliszy.

W. G.

R. STREMPEL — G. ARMUZJI: W sprawie plam barwikowych błony śluzowej jamy ustnej Dermat Zeitschr. Bd. 41/6.

Nagromadzenie się barwika w błonie śluzowej jamy ustnej jest u pewnych ras (w Europie u cyganów i rumunów) zjawiskiem fizjologicznem. Z objawów chorobowych wymienić należy nagromadzenie się barwika w błonie śluzowej policzków w postaci większych lub mniejszych okrągławych plam obok rozlanej pigmentacji skóry i to ma miejsce w chorobieAddissona. Podobnie przy zimnicy zatrucie As. jak również przy złośliwej niedokrwistości, ziarniniaku chłonnym znajdujemy również liczne zmiany barwikowe na błonie śluzowej.

Autorowie opisują 3 przypadki rozległych zmian barwikowych (melanoplakia) błony śluzowej jamy ustnej, dla których nie mogli znaleźć właściwej przyczyny anatomicznej w postaci wyżej wymienionych zmian chorobowych. To też w pierwszym przypadku podejrzywają nadużywanie tytoniu obok rozległej próchnicy zębów. W dwóch następnych wystąpiły zmiany barwikowe na tle rozległej leukoplakji, powstałej pod wpływem mechanicznego drażnienia błony śluzowej i zaniedbanej hygjeny jamy ustnej. W ostatnim wreszcie przypadku upatrują autorowie związek z przebytem leczeniem solami bismutowemi. *Laskiewicz.*

Dr. CONEGHEM: Skombinowany sposób znieczulenia migdałków od zewnątrz i wewnątrz. Annal maladie du larynx T. 43/7.

Autor stosuje znieczulenie migdałków od zewnątrz ze względów ściślejszej aseptyki, albowiem odkażenie błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli jest znacznie utrudnione. To też przy wkłóciu igły od strony gardzieli wszczepia się bardzo często drobnoustroje z powierzchni błony śluzowej i krypt migdałkowych w głąb tkanki. Również znieczulenie wszystkich gałązek czuciowych splotu okołomigdałkowego od strony jamy ustnej z powodu występywania odruchów wymiotnych znacznie utrudnione. Autor przeprowadza znieczulenie w sposób następujący: W ułożeniu na wznak przegina się głowę chorego lekko ku przodowi i na stronę przeciwną poczem znieczula powierzchnię skóry, następnie 5-cio ctm. igłę wkłówa się w kierunku czołowym nieco ku tyłowi i ku górze tak że igła ta tworzy z płaszczyzną styczną massetera kąt 45^{0}. W ten sposób dochodzi autor w głębokości 3 — 4 cm. do przestworu około gardzielowego (spatium pterygopharyng) w który wstrzykuje 5 c^{3} 1% nowokainy, znieczulając tym sposobem w kilku miejscach cały splot okołomigdałkowy n. glossopharyngei i gałązki czuciowe n. vagi. Do tego dołącza autor znieczulenie pnia nerwu podniebiennego na granicy przyczepu podniebienia miękiego. *Laskiewicz.*

BECK i KERL: Die Angina necrotica. 1924 Leipzig Wien. Praca przedstawia obszerną monografję poświęconą sprawie etjologji, symptomatologji, bakterjologji oraz leczenia t. zw. Anginy Plaut-Viacenta.

Dużo miejsca udzielają autorzy sprawie różniczkowania tego cierpienia od innych spotykanych w jamie ustnej, jak: błonica, kiła w rozmaitych okresach, nowotwory, gruźlica, wreszcie afty, zatrucie rtęcią.

Co do charakteru omawianego cierpienia, to autorzy dzielą je na:

1) ograniczone tylko do migdałków (właściwa angina Plaut-Vincenta).

2) procesy wrzodziejące w różnych miejscach śluzówki ust, przyczem dają szczegółowy obraz kliniczny każdej z tych jednostek chorobowych.

W dziale bakterjologji uwzględniają autorzy istniejące w piśmiennictwie poglądy na tę sprawę, jak również wyniki własnych badań.

Wreszcie, mówiąc o leczeniu cierpień wywołanych przez zarazki Plaut-Vincenta, podkreślają dużą wartość dla tego celu preparatów Salvarsanu, tak w zastosowaniu ogólnem (dożylnie) jak i miejscowem.

Z innych metod leczniczych wspominają o sposobie Sachs'a — leczenia urotropiną w zastrzyknięciach dożylnych, o metodzie leczenia tuberculiną Rosenbach'a (Stuhl), wreszcie o stosowaniu preparatów rhodanu. *Wąsowski.*

P. TRUFFERT: W sprawie t. zw. przestrzeni okołogardzielowych; drogi przez które możemy dostać się do łączącego się w nich ropienia (Press. medic. R. 32/55. 24.

Na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań anatomicznych autor przychodzi do wniosku, że przestrzenie około gardzielowe są utworzone przez cały szereg pochewek ścięgnistych, obejmujących przebiegające tu naczynia krwionośne. W części szyjnej, poniżej kości gnykowej, tworzy powięź szyjna średnia i powierzchowna wielką półksiężycowatą przestrzeń przed stosem kręgowym, która jest objęta pochewką przebiegających tu naczyń. Te to naczynia krwionośne biegną bez przerwy z jednej strony na drugą, ograniczając szeroki przetwór, który zprzodu przylega do mięśni mostkowo-tarczykowych. Natomiast części głębiej położone są od tyłu i obu boków ograniczone blaszkami powięzi szyjnej, stojącej w ścisłym związku z pochewką naczyniową. Poprzeczna powięź szyjna odgranicza wielką przestrzeń, którą w części przedniej zajmują gruczoły chłonne, tylną zaś jej połowę wypełnia szeroki pokład tłuszczowy Merkla. „Etage céphalique", położona powyżej poziomych ramion żuchwy, okazuje co do zachowania się poszczególnych przestrzeni okołogardzielowych naogół te same topograficzne stosunki. Powierzchowna i środkowa powięź szyjna obejmuje wraz z pochewkami okołonaczyniowemi znów cały szereg gruczołów chłonnych oddzielonych powięzią od zewnętrznej zupełnie samoistnej przestrzeni masseteru. Prócz tego drugorzędne przegródki łącznotkankowe w części przedniej oddzielają mięś-

nie zwieracza gardzieli (stylopharyngeus) od zewnętrzno - tylnych wiązek mięśnia stylohyoideus. Po nastrzyknięciu masą woskową uwydatniły się te przestrzenie jeszcze wyraźniej, a mianowicie przestrzeń, obejmująca mięśnie żuchwy jako zupełnie samoistna. To też sprawy ropne w tej przestrzeni mogą się posuwać wzdłuż pionowych ramion żuchwy bezpośrednio poza boczną ścianę gardzielową i mogą być otwarte tylko od strony jamy ustnej. Natomiast ropnie około gruczołów chłonnych w tej okolicy, umiejscawiają się tuż pod warstwą ścięgnistą zewnętrzną i są dostępne od zewnątrz.

Laskiewicz.

BARAJAS de VILCHER. Wrodzona surowicza torbiel żuchwy zropiała wskutek wrzodziejącego zapalenia gardła Vincenta. Kyste séreux congénital suppuré à la suite d'une pharyngite diphtéroide de Vincent chez une fillete. (Rev. de Lar. Ot. et Rhin 1924. Nr. 3).

Autor opisuje rzadki przypadek wrodzonej torbieli surowiczej żuchwy, powstałej z narządu skrzelowego. Torbiel ta uległa zropieniu w przebiegu grypy. *Wąsowski.*

Dr. CARL B. SCHROEDER. O leczeniu drażniącem z miejscowem zastrzyknięciem krwi chorego w okolicy górnych dróg oddechowych. (Arch. f. Ohr. Nasen u Kehlkopfheilk. 1924. B. 111. H. 3/4).

Próby autora leczenia zastrzykami krwi chorego przewlekłych cierpień górnych dróg oddechowych dotyczą 17 przypadków pharyngitis sicca, 2 przypadków gruzlicy krtani, 2 przypadków ozeny i 1 przypadku rhinitis ant. sicca. Po zastrzyku spostrzegał zwykle autor dość silnie zaznaczony odczyn miejscowy i słabszy ogólny. Przy pharyngitis sicca autor zastrzykiwał w 5 miejsc tylnej sciany gardzieli po 1 1/2 ctm. odwłóknionej krwi chorego, przy ozenie — pod sluzówkę muszli dolnej, przegrody i dna nosa, przyczem na 3 dni przed pierwszym zastrzykiem krwi zastrzykiwał autor podsluzowo nieco rozczynu fizjologicznego soli. Autor powtarza zastrzyki krwi co 10 dni 2 — 3 razy. Od ostatecznych wniosków autor na razie wstrzymuje się, zachęcając do dalszych badań w tym kierunku.

Wąsowski.

ROURE: L'oto - Rhino - Laryngologie Internationale Nr. 10 Octobre 1924.

Przypadek włókniaka jamy nosowo-gardłowej leczony diatermiją.

Autor twierdzi, iż, jeśli diatermija w postaci elektro - koagulacji. może mieć zastosowanie przy cierpieniach nosa, to w pierwszym rzę-

dzie należy podkreślić doniosłość jej zastosowania przy włókniakach jamy nosowo-gardłowej, które są znane z tendencji do groźnych krwawień i naogół dają rokowania wątpliwe. Pozostawione samym sobie, prowadzą one do śmierci; interwencja zaś chirurga nie jest bez ryzyka.

W omawianym przypadku zabieg operacyjny, dokonany drogą naturalną, nie dał autorowi pożądanego rezultatu. Wówczas przystąpił on do zastosowania elektro-koagulacji. W 3 seansach udało mu się zupełnie zniszczyć guz u 16 letniego chorego. Wrażenia autora są następujące: działanie elektro-koagulacji przekracza naogół miejsce zastosowania. W przypadkach więc guzów młodych, które tylko obejmują śluzówkę jamy i nie dają jeszcze głębokich rozrostów do jam sąsiednich jest wiele szans uniknięcia wznowy. W razie zaś pojawienia się takowej — można oddzielnie zniszczyć odrastające części guza. Ważnem jest to, iż można prowadzić chorego, stosując metodycznie w razie potrzeby zabiegi, pozbawione niebezpieczeństwa do okresu dojrzałości, gdy guzy te giną ostatecznie.

W. Gumiński.

N. GAMALEIA. F. CLAUDE: Badania nad rolą migdałków i wyrośli adenoidalnych, jako gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. (Rev. de Lar. D'otol.-Rhin. 1924. Nr. 11).

W badaniach swoich autorzy określali zmiany metabolizmu zasadowego, czyli zmiany ilości minimum kaloryj, które traci 1 $mtr.^2$ powierzchni ciała w ciągu godziny, wychodząc z tego założenia, że właśnie tym sposobem można określić rolę gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem w fenomenie żywienia.

Metabolizm zwiększa się w chorobie Basedow'a, zmniejsza się zaś u chorych na obrzęk śluzowy. Nie tylko jednak tarczyca wpływa na metabolizm. Autorzy badali osobników z przerostem migdałków i wyroślami odenoidalnemi. Badano 8 osób, w wieku od 17 do 22 lat.

Określano metabolizm za pomocą aparatu i według techniki Hermanna i Richarda.

Na 8 badanych, 4 miało metabolizm normalny, 2—zmniejszony, 2—zwiększony. Oznak thyreoidyzmu nie było u nikogo z nich, lecz autorzy uważają za możliwe, że ci, u których spostrzegano obniżenie metabolizmu, posiadali skryte objawy hypothyreoidyzmu.

Wobec małej liczby spostrzeżeń autorzy wstrzymują się od realnych wniosków, zachęcając jednak do dalszych badań.

Wąsowski.

Krtań tchawica.

A. BARRAUD: Guzy skrobiowicowate krtani. Rev. de laryngol d'otologie. R. 46/1 25.

Na podstawie szczegółowego zestawienia piśmiennictwa i obserwacji własnych dwóch przypadków autor przychodzi do wniosku, że narośle skrobiowicowate zdarzają się we wszystkich krajach stosunkowo rzadko. Wielkość ich waha się od wielkości ziarna prosa do rozmiarów tworów, wypełniających całe wnętrze krtani i tchawicy. Guzy te występują albo samoistnie w krtani, albo też spotyka się je równocześnie także w innych narządach. W przeciwieństwie do gruźlicy, twardzieli i nowotworów złośliwych są te guzy powleczone niezmienioną błoną śluzową i są przy dotyku niebolesne. Konsystencja ich jest twarda, dzięki której nie ulegają one owrzodzeniu na powierzchni. Wzrost powolny. W najbliższem ich otoczeniu znajdywał autor komórki olbrzymie, pochodzenia śródbłonkowego z naczyń chłonnych, względnie nacieków drobnokomórkowych. Etiologja ich nie jest jasna. Niektórzy łączą ich powstawanie z obecnością kwasem chondroitinosiarkowego w danej tkance. Jest rzeczą znamienną, że guzy te znajdują się zawsze w sąsiedztwie chrząstek krtaniowych, względnie włókien sprężystych, a co więcej wykazują nieraz w swojem wnętrzu drobne ogniska chrzęstne. Guzy te nie tworzą przerzutów ani też nawrotów po dokładnem ich wycięciu. Stosowanie naświetlań Roentgena, względnie prom. radowych przyczynia się również do szybkiego zanikania tych guzów.

A. Laskiewicz.

Ucho.

HUBERT: L'oto - Rhino - Laryngol. Internationale Nr. 10 Octobre 1924.

Elektro-koagulacja w zastosowaniu do leczenia zwężeń bliznowatych przewodu słuchowego w zewnętrznej jego części.

Zachęcony rezultatami, otrzymanemi przy zastosowaniu elektrokoagulacji przy zrostach podniebienia miękiego, autor stosował tę metodę przy wyżej określonych stanach z rezultatem b. dobrym.

W. G.

P. DALCHÉ et M. LABERNADIE: Ucho i jego stosunek do narządów płodowych kobiecych i wydzielania wewnętrznego wogóle. (La Presse Med. 1923. Nr. 77).

Cierpienia ucha zjawiające się pod postacią osłabienia słuchu, szumów podmiotowych z zajęciem ucha wewnętrznego spotykane są częściej u kobiet, albo w okresie rozwoju płciowego, albo podczas ciąży, a także podczas menopauzy. Cierpienie, powstałe w młodym wieku, stoi w związku z wydzielaniem jajników; podczas ciąży lub po połogu występuje w formie ankylozy strzemiączka. Podczas menopauzy najczęściej rozwija się skleroza błędnika, lub inne formy głuchoty z ciężkiem zajęciem tegoż. Cierpienie to bywa zwykle obustronnem. Lermoyez dopuszcza tu czynniki dziedziczne przeważnie ze strony kobiecej. Delacour uważa to cierpienie za wynik trophoneurozy. Autorzy zgadzają się ze zdaniem Delacour'a, podając prócz tego jako częstą przyczynę zatrucia przewlekłe, dziedziczną kiłę, gruźlicę i wreszcie zmiany degeneracyjne. Niekiedy zdaniem autorów odgrywa rolę tu wstrząs anafilaktyczny, niekiedy idiosinkrazja (np. antipirina). Wreszcie istnieje związek ucha z układem współczulnym.

W dalszym ciągu swej pracy autorzy zatrzymują się dłużej nad objawami klinicznemi tych cierpień ucha, wreszcie poddają krytyce istniejące sposoby leczenia. *Wąsowski.*

Dr. L. BERNEA: Otitis externa ulcerosa, spowodowane lasecznikami Vincenta. (Rev. de Laryng. Otol. et Rhin. 1924. Nr. 12).

Autor na podstawie spostrzeganych przez siebie 3 przypadków tego cierpienia przychodzi do następujących wniosków: 1) Zarazek Vicenta b. rzadko umiejscawia się w przewodzie słuchowym zewnętrznym, 2) umiejscowienie to może być spowodowane przez nadżarcia, które są wynikiem obfitego wycieku z ucha środkowego, 3) owrzodzenia głębokie przewodu słuchowego przy obecności zarazków Vincenta są bardzo bolesne, szczególnie podczas nocy; można uważać to za objaw dość patognomoniczny, 4) w owrzodzeniach znajdują się obok laseczek Vincenta także krętki, 5) owrzodzenia takie dobrze poddają się leczeniu neosalvarsanem (dożylnie 1—3 zastrzyki).

Wąsowski.

J. SCHNIERER: Czerwony wzgórek i mętna plama wzgórkowa. Mon. f. Ohr. H. II 1924.

Zaczerwieniony wzgórek jamy bębenkowej zarówno jak odmianę w postaci zaczerwienienia (Promontorium opacum) rzadko bardzo obserwować można u normalnych. Często obserwujemy w przyp. otosklerozy, kiły wrodzonej, postępującej odziedziczonej głuchoty, u osobników zdegenerowanych, wreszcie u kretynów. Stąd wynika-

łoby, że zaczerwieniony wzgórek jamy bębenkowej, ew. promontorium opacum jest objawem degeneracyjnym, ew. neuropatycznym. Fakt, że wyżej wspomniane zmiany w wzgórku obserwujemy z jednej strony w przyp. otosklerozy, z drugiej zaś strony w cierpieniach dziedziczno degeneracyjnych potwierdza pogląd Hammerschlaga na przyczynowy związek między otosklerozą, a stanami degeneracyjnemi. Pod względem anatomopatologicznym mamy w zaczerwienionym wzgórku patologicznie rozszerzone naczynia o bardzo grubych ściankach, tak że adrenalina nie wywiera wyraźnego wpływu.

Karbowski.

DEUTSCH: O Roentgenodjagnostyce Otitis med. pur. chr. (Ztsch. f. H. N. O. 1924. Bd. 10. T. II. S. 203).

Autor podkreśla duże znaczenie obrazu roentgenolog. w przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego, szczególnie gdy brak objawów klinicznych, lub są one b. niewyraźne. Są tu najważniejsze, wdł. autora, wskazówki, jakie dają stosunki antrum, atticus, ściana tylna przewodu słuchowego zewnętrznego, w obrazie Roentgena.

W celu wyjaśnienia tych stosunków autor stworzył system rzutów czyli kombinację zdjęć, które pozwalają orjentować się w zmianach zachodzących w przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego.

Roentgenologicznie stwierdzony brak kostnej ściany zewnętrznej bębenka górnego (atticus), lub górnej części ściany przewodu—pewniej aniżeli rozszerzone antrum wskażą na otitis med. pur. chr.

Zdaniem autora nie należy wogóle stawiać rozpoznania cierpień ucha bez pomocy Roentgena, jak również nie powinno się bez niego przystępować do operacji na uchu. *Wąsowski.*

ALBRECHT: Ropienie ucha i pneumatyzacja wyrostka sutkowego. (Ztsch. f. H. N. O. 1924. Bd. 10. T. II. S. 51).

Spostrzeżenia autora obejmują materjał składający się: z 63 przypadków perlaka, 24 przypadków próchnicy kości, 23 przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, 58 — ostrego.

Porównywanie obrazu roentgenologicznego z przebiegiem klinicznym w tych przypadkach doprowadza autora do wniosku o istnieniu łączności między budową wyrostka sutkowego a właściwościami śluzówki. W normalnie pneumatyzowanych wyrostkach następowało zwykle wyzdrowienie, w wyrostkach zbitych z niewielką liczbą komórek była skłonność do powikłań i przejścia w stan przewlekły. Perlaki rozwijały się tylko w kompaktnych wyrostkach.

Wąsowski.

ROSENO: Znaczenie obrazu krwi w symptomatologji i terapji ropnego zapalenia wyrostka sutkowego. (Arch. f. Okr. N. u K. 1924. Bd. 112 H. 1).

We wstępie autor poddaje krytyce znane nam objawy kliniczne ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, oraz współczesne metody badania, przychodząc do wniosku o niepewności pierwszych i niewystarczalności drugich. Zachęcony wynikami otrzymanemi na klinice Sudek'a przy badaniach obrazu krwi w miejscowych i ogólnych schorzeniach kości, autor rozpoczyna swe badania w tym kierunku na materjale chorych usznych. Badając obraz krwi chorych na ropne zapalenie komórek sutkowych, chorych ogólnych, u których zapalenie wyrostka sutkowego wystąpiło jako powikłanie, wreszcie chorych, u których rozpoznano osteomyelitis proc. mastoidei, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) obraz krwi w połączeniu z innemi klinicznemi metodami badania wskazuje nam objektywnie i wcześnie na istnienie ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, a tem samem na potrzebę operacji.

2) Obraz krwi przewyższa często znaczenie krzywej tętna i t^0, gdyż jako reagent subtelniejszy, jest bardziej decydującym od tamtych i łatwiej uchwytny.

3) Ocena obrazu krwi zasługuje na większą uwagę w otologji, gdyż prognoza i rokowanie przy ropnem zapaleniu wyrostka sutkowego zależy od wczesnego zabiegu.

4) Po półtorarocznem przeprowadzaniu tych badań nie można wypowiedzieć jeszcze ostatecznego wniosku. W każdym razie należy już teraz zaznaczyć wartość tej metody, którą trzeba poddać ścisłej kontroli. *Wąsowski.*

G. CANUYT et J. TERRAUL. Nagła śmierć oseska i zabiegi na wyrostku sutkowym. Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 14.VII. 1925 Nr. 13.

Przypadek śmierci oseska 9 miesięcznego, w 7 godzin po antrotomji, przy objawach niezwykłej bladości twarzy, 40^0 ciepłoty, która w ostatnich chwilach życia podniosła się do 42^0 i tętnie 140, które wreszcie było nie do zliczenia. Autopsja dała wynik ujemny.

Takie same przypadki opisali le Mée i Moreau. Śmierć nastąpiła w przeciągu 12—48 godzin po zabiegu. Nie było ani zapalenia płuc ani zapalenia opon mózgowych.

Podobne spostrzeżenia zrobiono u osesków i po innych zabiegach, szczególnie na twarzy. Również przy wyprysku występował

niespodzianie ten obraz „ataxo-adynamique hyperpyrétique“. Przyczyną nie było ani uśpienie, ani krwotok, ani anafilaksja, początek objawów tych występował zwykle po pierwszem nakarmieniu mlekiem. W celu uniknięcia tych smutnych wyników autorzy proponują:

1) znieczulenie miejscowe. nie ogólne lub wogóle operowanie bez znieczulenia,

2) ograniczenie zabiegu do jaknajmniejszych rozmiarów,

3) niedawanie mleka w przeciągu pierwszych 24 godzin.

Uważają oni operację na wyrostku u dzieci za zabieg niebezpieczny. Przed zabiegiem tym ostrzegał już A. Broca.

Dyonizy Hellin.

FREMEL: W kwestji przejścia spraw ropnych z ucha środkowego na tylny dół czaszki. (Mon. f. Okr. 1925. H. 4).

Po szczegółowem omówieniu istniejących w piśmiennictwie poglądów na sprawę przejścia procesu ropnego z chorego ucha na mózg i móżdżek autor podaje dwa zbadane przez siebie histologicznie przypadki ropni móżdżku. W obu przypadkach stwierdził autor bezpośrednią łączność ogniska ropnego w kości (w jednym przypadku przez hiatus subarcuatus) z ropniem wewnątrzoponowym i ropniem móżdżku.

Podnosi tu autor jeden ciekawy szczegół, mianowicie, że miejsce przebicia opony twardej tak w ścianie zewnętrznej, jak i mózgowej jest mniejsze, aniżeli przestrzeń objęta zapaleniem w samej oponie; tłumaczy to autor w sposób następujący: opona z jej listkami przedstawia o tyle przeszkodę dla zarazka, o ile proces zapalny, przebiwszy jej zewnętrzną warstwę, rozprzestrzeni się najpierw tylko w jej tkance; w tym czasie stwarzają się przez zrosty wewnętrznej warstwy opony twardej z mięką i mózgiem przeszkody dla dalszego przejścia zarazka.

Zachodzi tylko pytanie, czy tu odgrywa rolę budowa opony, czy też charakter zarazka, że w jednym przypadku mamy zakażenie mózgu ogólne, w innym — ograniczone. *Wąsowski.*

Pr. Doc. K. STEIN i Dr. BENEZI: Badania doświadczalne i kliniczne nad stosunkiem ciśnienia krwi do narządu statycznego. Mon. f. Ohr. Lar.-Rhinol. Nr. 11, 1924.

Całość pracy nie nadaje się do streszczenia. Interesującym się tym tak bardzo skomplikowanym zagadnieniem polecić pozostaje przeczytanie pracy, w oryginale. Wnioski, do których badacze doszli, są następujące:

1. Cisnienie krwi i narządy przedsionkowe znajdują się w ścisłej zależności. Ciśnienie krwi wywiera wpływ na statykę ciała i odwrotnie, czynność narządów przedsionkowych może mieć wpływ na ciśnienie krwi.

2. Wzajemna zależnosć między ciśnieniem krwi, a narządami statyki jest wyraźniejsza u osobników z pobudliwym układem naczynioruchowym, u osobników pod względem współczulnym stygmatyzowanych.

3. Obserwowane objawy ze strony narządów przedsionkowych przy neurastenji (Ny samoistny, zawroty głowy, zaburzenie równowagi, wirowanie przedmiotów) wywołane są przez zaburzenia w unaczynieniu narządów przedsionkowych.

4. Zawroty głowy u neurasteników mają ten sam charakter, co zawroty głowy, wywołane przez zmiany organiczne w narządach n. przedsionkowego.

5. Jak wynika z doświadczalnych prac, zjawiska naczynioruchowe są okresem wstępnym (Vorstadium) do zjawisk przedsionkowych i wydzielniczych; długotrwające lub też silne podrażnienia naczyń mogą prowadzić do ilościowych zmian w cieczy błędnikowej i w płynie mózgowo-rdzeniowym (Hydrops labirinthi Cysternenhydrops).

6. Na specjalne uwzględnienie zasługuje fakt pewnej, konstytucyjnie uwarunkowanej, predyspozycji ucha wewnętrznego do zaburzeń w układzie wegetacyjnym z przyczyn stałych (wzmożona pobudliwość narządów odbiorczych na tle zmian organicznych) lub też z przyczyn przejściowych (podczas lub w następstwie spraw zapalnych ucha środkowego).

7. Stała hypertonja u osobników z zaburzeniami w czynności układu naczynioruchowego, zarówno jak konstytucyjnie uwarunkowany nienormalny stan ucha wewnętrznego tłumaczą nam zjawiska patologiczne ze strony narządów ucha wewnętrznego na tle miażdżycowych zmian w naczyniach. *Karbowski.*

KOLMER u. EISINGER. Labyrinth des Eishaies. Monatsschrift für Ohrenheilkunde & Laryngo-Rhynologie. 1925, zeszyt 7.

Badana ryba. [Laemargus borealis, przebywająca w okolicy Islandji i należąca do najstarszych i najpierwotniejszych poprzecznoustnych (plagiostomata)] miała 3,75 m. długości (w starszym wieku są one jeszcze o 1 m. dłuższe). Wyróżnia się ona tem, że oprócz zębów, nie posiada wapna w żadnym z narządów, cały kościec składa się z chrząstki szklistej. Odległość bańki (ampulla) od punktu począt-

kowego łuku = 100 mm. (u człowieka 17—19 mm.), długość samej bańki 15 mm. Ruch cieczy błędnikowej zewnętrznej, choć wogóle swobodny wobec szerokiego światła, ograniczony jest jednak przez liczne pasma tkanki łącznej. Długość nerwu bańkowego łuku pionowego tylnego, jako rozgałęzienie nerwu VIII, 80 mm. Ujście przewodu błędnika błoniastego (ductus endolymphaticus) znajduje się tu, jak u wszystkich spodoustych (Selachia), na powierzchni skóry i łączy się z częścią, znajdującą się między woreczkiem i łagiewką. Długość łuku bocznego — 140 mm., przedniego pionowego — 110 mm., tylnego pionowego — 185 mm., szerokość bańki 10 mm., światło przestrzeni błędnikowej zewnętrznej w łuku przednim 19 mm.

Wyjątkowa wielkość wymiarów tych u opisanej ryby widoczna jest z porównania z innemi zwierzętami. A więc u o wiele większego, bo 20 m. mierzącego wieloryba (Balaena australis) długość błędnika wynosi tylko 25 mm., u krowy morskiej 18 mm., u kota długość łuków 4—7 mm., szerokość bańki 0,31 mm., u dorsza długość łuków 15,5 — 19,8 mm. *Dyonizy Hellin.*

Dr. WAGNIER: Zastosowanie ciśnienia odśrodkowego przy różniczkowaniu głuchoty pochodzenia dawnego. Revue de Laryngologie 15 septembre 1924).

Autor podaje metodę Escat'a celem wypróbowania stawu strzemieniowo-przedsionkowego. Należy wykonać próbę Valsalva-Lewi w czasie, gdy stroik A_3 dźwięczy przy uchu badanego. Jeśli połączenie stawowe jest" nienaruszone, wynikiem tego jest osłabienie percepcyi dźwięku stroika, ponieważ powietrze, wpędzone do jamy, wypychając na zewnątrz błonę i łańcuszek kosteczek, utrzymuje w silnem odwodzeniu płytkę strzemiączkową, co niweczy energję cieczy błędnikowej. Osłabienia percepcyi niema, gdy płytka strzemienia jest unieruchomiona w okienku owalnem. Opierając się na swej statystyce, autor wykazuje, iż to doświadczenie jest równoznaczne z doświadczeniem Gelle'a, nad którym ma wyższość przez swą prostotę i zrozumiałość dla chorego. *W. Gumiński.*

R. CLAOUÉ. — Głuchota pochodzenia humoralnego. L'oto-rhino-Laryngologie Internationale Nr. 7 Juillet 1924.

Dla specjalisty dyagnoza oto-sklerozy (a raczej oto-spongiosis, jak ją nazywa autor) nie przedstawia wybitniejszych trudności rozpoznawczych. Autor zastanawia się jednak, czy można w wielu przypadkach, na pozór klinicznie pewnych, — uważać unieruchomienie strzemienia jako istotę schorzenia.

Próba Gellégo powinna być w tych wypadkach przekonywującą. Autor jednak nie podziela całokształtu owego poglądu. Zdaniem jego sprawy kostne w okolicy strzemienia nie zawsze stoją na przeszkodzie przewodnictwu powietrznemu. Przeszkoda może być gdzieś indziej, między jamą bębenkową i nerwem. Dźwięki muszą podziałać na ciecz błędnikową, zanim dosięgną nerwu słuchowego. Zmiany zatem w składnikach cieczy mogą być same przez się przeszkodą w przewodnictwie dźwięku i słusznie uważa P. Bonnier, iż zmiany w ich składzie temwięcej muszą wpływać na przewodnictwo. Wyłania się jednak pytanie, czy mogą się wytwarzać samorodnie zmiany w płynach, co do których pochodzenia i fizjologji tak mało jeszcze wiemy.

Autor odpowiada twierdząco. Za przykład bierze oko; stwierdzamy tam: zaburzenia w składzie płynu (powiększenie % białka, lepkości, wysięki krwawe i t. p.), zaburzenia wskutek zwiększenia się płynu (jaskra). Rozumując więc przez analogję, autor twierdzi, że oko i ucho mają dużo cech identyczności; *wyrostkom rzęskowym oka (processus ciliares .)* odpowiadają w uchu *prążki naczyniowe (striae vasculares).* Dalej, jak w oku są drogi Fontana, tak i w uchu są drogi odpływu przez wodociąg ślimaka i liczne kanały kostne. We wszystkich więc przypadkach, gdzie ciecz, jako przewodnik dźwięku jest jakościowo i ilościowo zmienioną, możemy otrzymać takież objawy, o tejże formule akumetrycznej, co i przy oto-spongiosis z unieruchomieniem strzemienia: a więc szum, lateralizację Weber'a w stronę więcej głuchego ucha, przewodnictwo wydłużone, Rinne ujemny, **jednem słowem słuch obostrzony od wewnątrz wskutek przeszkody dla wibracji, idącej od zewnątrz.** Przeszkoda koncentruje się nie na strzemieniu, lecz w cieczy błędnikowej. Nawet próba Gellégo wypadnie ujemnie, pomimo ruchomości strzemienia; massa cieczy wskutek utraty niezbędnej elastyczności nie pozwoli bodźcom dośrodkowym i odśrodkowym podziałać na stroik znajdujący się na ciemieniu. Autor uważa więc za niesłuszne we wszystkich przypadkach (zwłaszcza gdy objawy rozwinęły się szybko) upatrywać oto-spongiosis torebki.

Zdaniem jego stałe zmiany anatomo-patologiczne obok klinicznych znajdziemy tylko w przypadkach głuchoty pochodzenia dawnego, prawie wyłącznie przy obciążeniu dziedzicznem. W przypadkach, gdzie objawy rozwinęły się szybko, gdzie stan słuchu nie pogarsza się, a nawet może się poprawić—z diagnozą należy być ostrożnym.

Celem różniczkowania oto-spongiosis od głuchoty, którą nazywa pochodzenia „humoralnego", autor wskazuje niektóre wytyczne.

W pierwszym rzędzie należy wyjaśnić, czy niema widocznej dziedziczności, i czy objawy rozwijały się szybko. Następnie radzi zbadać narząd przedsionkowy kalorymetrycznie. Gdy przy oto-spongiosis z unieruchomieniem strzemienia znajdziemy odczyn przedsionkowy normalny, w przypadkach głuchoty pochodzenia „humoralnego“ znajdziemy niepobudliwość zupełną lub w każdym razie więcej lub mniej stępioną pobudliwość.

Co się tyczy leczenia, to autor podkreśla, iż wszystkie organy, wszystkie czynności—winny być nader starannie zbadane. Należy więc zbadać mocz (mocznik, chloraty i t. p.) krzepliwość krwi, ciśnienie tętnicze, czynność ośrodków czaszkowych i układu współczulnego.

Na narząd wydzielniczy błędnika, jeśli on jest przypuszczalną przyczyną, należy podziałać upustem krwi (pijawki, bańki); ulżyć drogom wydzielniczym, stosując środki moczopędne i czyszczące; zwrócić uwagę na jelita i wątrobę. Wśród czynników, działających na błędnik, nie należy upatrywać wyłącznie tych, które działają na nerw i zwoje ślimaka i które się przejawiają i manifestują zaburzeniami percepcji, lecz zwrócić baczniejszą uwagę na inne, mniej znane, wywołujące zmiany w cieczy błędnikowej, przez co szkodzą przewodnikom.

Podał *W. Gumiński.*

Różne.

HIRSCH. Do techniki dłutowania kości. (Arch. f. Ohr. Nase u Kehlk. 1925. Bd. 113. 2/3 H.).

Najpierw przytacza autor poglądy na tą sprawę Schwartze'go, Heine'go, Beyer'a.

Pracę swą autor podjął w celu wystudjowania techniki i zasad dłótowania kości.

Energja kinetyczna powstała z ruchów ręki z młotkiem oddaną zostaje dłótu, i idzie na pracę wiązaną z oddzieleniem płata kości. Część tej energji pochłoniętą zostaje przez czynniki inne, jak ciężar dłóta, materjał, z jakiego zrobiony jest młotek etc.

Dla ścisłego obliczenia tej pracy autor porównywa wyniki otrzymane przez niego podczas uderzania młotkiem z różnej wysokości w specjalnie przystosowane dłóto, ustawione na płytce ołowiu, z wynikami otrzymanemi przy zastosowaniu skonstruowanego przez autora przyrządu, w którym pewnej określonej wagi ciężarek uderzał z różnej wysokości na ustawione w aparacie dłóto. Wyniki obliczano w kilogrammetrach.

Badania autora doprowadzają go do wniosku, że siła energji zależy najwięcej od materjału, z jakiego zrobiony jest młotek, oraz od wytrwałości i elastyczności kości. *Wąsowski.*

H. E. HERING: Odruchy zatokowe, wychodzące od sin. caroticus, są wywołane przez gałązkę nerwu językowego Münch. med. Wochen J. 71/17 24.

Autor wykazuje, że t. zw. próba uciskowa na nerw błędny (Czermaka) jest odruchem, którego punktem wyjścia jest t. zw. sin. caroticus w miejscu odejścia carotis interna. Odruch ten przechodzi przez jednę z gałązek nn. glossopharyng, gdyż po zniszczeniu górnego zwoju szyjnego odruch ten utrzymuje się nadal, natomiast po przecięciu gałązki nerwu językowogardłowego tuż w miejscu jej odejścia powstaje dość znaczne podwyższenie ciśnienia krwi, a odruch zatokowy jest w tych przypadkach zupełnie zniesiony, tak że badanie chemiczne ani elektryczne nie są go w stanie wywołać. Natomiast podrażnienie elektryczne dośrodkowego końca tej gałązki nerwowej wywołuje te same odruchy, co podrażnienie samej zatoki tętnicy dogłowowej. Wstrzykiwanie adrenaliny w to miejsce powoduje zależnie od ilości i szybkości wprowadzonego płynu obniżenie ciśnienia krwi. Po podwiązaniu obu tętnic dogłowowych u królika i przecięciu nn. depressor cordis widział autor wzmożenie pobudliwości sin. caroticus. W jednym przypadku wystąpiło po zniszczeniu obu sin. caroticus i przecięciu nn. depressores cordis znaczne podwyższenie ciśnienia krwi. Tę gałązkę odchodzącą od glossopharyngeus, która przewodzi odruch zatokowy, nazywa autor nerwem zatokowym (Sinusnerv.). *Laskiewicz.*

W. UNDRITZ: Wpływ głodzenia na odczyn gruczołów chłonnych w sprawach ropnych. Zeitschr. f. Hals Nasen, Ohreuhceilkde Bd. VII. 1.24.

Wyniki badań doświadczalnych nad wpływem głodzenia na odczyn gruczołów chłonnych w sprawach ropnych u królików ujmuje autor w sposób następujący: po wstrzyknięciu dożylnem zawiesiny staplylococcus pyogen. aur. u królików głodzonych powstaje proces zapalny w gruczołach chłonnych, okazujący głębsze zmiany, aniżeli w warunkach prawidłowych, a mianowicie: spotyka się tu często znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych, wybroczyny krwawe oraz miejsca nekrotyczne. W okresie głodzenia zmniejsza się ilość leukocytów, a tylko narząd siateczkowo-śródbłonkowy opiera się przez długi czas zanikowi, wskutek czego jego czynność wcale nie zostaje upośledzona. Przyczyna tych obserwowanych przez autora atypowych

zapaleń gruczołów chłonnych u ludzi, występująca często nagminnie, leży w nieodpowiednich warunkach życia, a w szczególności w niedostatecznem odżywianiu danych osobników. *A. Laskiewicz.*

R. KEIL. Omnadyna w cierpieniach gardła, nosa i uszu. Ztsch. f. H. N. O. 1924. Bd. 10. T. II.

Autor stosował omnadynę w przypadku jaszczura, w przypadkach anginy. ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, cierpienia zatok. Zastrzyknięcia takie zazwyczaj skrócały nawet niekiedy znacznie przebieg cierpienia. Zastrzyknięcia są niebolesne, nie wywołują ani miejscowego ani ogólnego odczynu.

Radząc stosować omnadynę w ostrych sprawach, autor zachęca również do wypróbowania go w gruźlicy krtani *Wąsowski.*

Dr. GIROU: Określenie stopnia nasilenia błoniczego drogą odruchu oko—sercowego — (Revue de Laryngologie, 30 Juin 1924).

Toksyny błonicy mają specyalne powinowactwo z jądrami nerwu błędnego, Sprawność czynnościowa nerwu X może być określona drogą badania odruchu oko-sercowego. Z dodatniego, jakim jest zazwyczaj, odruch ten przeistacza się w ujemny lub ginie podczas błonicy, zależnie od stopnia nasilenia. W 30 przypadkach porażenia podniebienia na tle błonicy. autor znalazł go zmienionym w 19 przypadkach ciężkiego stopnia; brak tegoż w 7 przypadkach średniej miary i normalny w 7 przypadkach okresu początkowego. Mięśnie podniebienia otrzymują swe unerwienie z X pary; zaatakowanie więc nerwu na poziomie jąder centralnych tłómaczy: 1) paraliż podniebienia, 2) dlaczego, pobudzony przez ucisk oka nerw błędny nie reaguje więcej — przez normowanie rytmu serca; dalej, dlaczego, nie mogąc reagować, przelewa pobudliwość na nerw współczulny, co ma jako rezultat zmiany odruchu. Odruch oko-sercowy pozwala śledzić rozwój błonicy w okresie wyzdrowienia, gdyż zbliża się do normy stosownie do postępu działania surowicy, którą autor zasadniczo zaleca używać w dozach dostatecznych i we wszystkich wypadkach wątpliwych.

W. G.

Dr. MAURIAC: Insulina w chirurgji. (Revue de Laryngologie, 15 aout 1924).

Insulina rozszerza pole akcyi chirurgicznej u cierpiących na moczówkę cukrową. Autor rozróżnia dwie kategorje: 1) chory może być przygotowany do zabiegu; 2) musi być operowany bezzwłocznie. W wypadkach pierwszej kategorji — przygotowanie musi być zawcza-

su przeprowadzone drogą normowania ogólnego trybu, a w razie bezskuteczności, przez zastrzyki insuliny (zastosowanie jej może czasem uczynić zabieg zbędnym), lecz okres przygotowania nie może być zbytnio przeciągany: insulina może pozostać bez skutku, a nie należy zaniedbywać odpowiedniego momentu do zabiegu, Stosowana po zabiegu insulina sprzyja zabliźnianiu rany, lecz nie należy stosować jej ani podczas narkozy, ani do czasu zupełnego jej wyeliminowania, ani gdy zabieg był poważny, niepozbawiony wstrząsu. W wypadkach drugiej kategorji, t. j. nagłych, insulina może być stosowana jedynie po zabiegu; jest ona tylko skuteczną w moczówkach małego i miernego stopnia, bez acetonu. W cukrzycach ciężkiego stopnia ropienie przebiega nieubłaganie niezależnie od tego środka. Używać należy tylko insulinę czystą, która nie wpływa ujemnie na krzepliwość krwi. *W. G.*

MACTEUT: L'oto-Rhino-Laryngol. Internationale Nr: 10 Octobre 1924.

Kilka wskazań do stosowania elektrokoagulacji w otorhinolaryngologji.

Zdaniem autora powszechnie przyjęte, krwawe metody operacyjne na schorzałych migdałkach pozostaną nadal zasadniczemi. Podkreśla jednak, iż, jeśli chcemy dokonać operacji na migdałku—prawie bez bólu, bezkrwawo, bez wszelkiego ryzyka, zwłaszcza u osób starszych, ze stwardnieniem tętnic lub krwawców — elektrokoagulacja ma wielką rację bytu. Pamiętać jednak należy: a) unikać zasadniczo operowania na tkankach w stanie zapalnym, b) trzeba umieć rozłożyć seanse operacyjne stosownie do charakteru tkanek, podlegających zniszczeniu, ich lokalizacji, rozciągłości rezultatu leczniczego, poprzednio otrzymanego, oraz reakcji miejscowej, wreszcie, c) trzeba kierować się więcej danemi objektywnemi działania, niż przesłankami czysto teoretycznemi w zależności od przekroju elektrody, liczby miliamperów, liczby sekund i t. p.

Autor stosował elektrokoagulację z wynikiem b. dobrym przy owrzodzeniach gruźliczych nosa. przy zrostach podniebienia miękiego, guzach naczyniowych podniebienia, języka i nosa, dalej przy zrostach w jamie nosa i gardzieli.

Aczkolwiek przy nowotworach migdałków autor otrzymywał znaczną poprawę, uważa jednak, iż metoda ta może być tylko cennym pomocniczym środkiem na równi z radjo i rentgeno terapją.

Niepowodzenia spotkały autora w leczeniu brodawczaków krtani.

Wnioski do jakich doszedł autor są następujące: elektro koagulacja jest metodą pierwszorzędnej wartości — w przypadkach odpowiednio wybranych; należy ją jednak stosować z rozwagą. W wypadkach, gdzie nie daje ona całkowitego efektu wyleczenia, może być jednak cennym środkiem pomocniczym. *W. G.*

H. BOURGEOIS, Dutheillet du Laniothe, G. Portmann et G. Poyet. Revue de Laryngologie, D'otologie et de Rhinologie Nr. 3 Febrüer 1925. Diatermija w otorinolaryngologji.

W pierwotnem swem założeniu diatermokoagulacja — jako metoda lecznicza miała wyłączne zastosowanie w leczeniu nowotworów złośliwych. Nie racjonalnem jest stawiać ją (pod względem leczniczym) niżej zabiegu chirurgicznego, gdzie jego interwencja jest możliwą, ani też — wyżej radu lub roentgena, gdzie metody te okazują się skutecznemi.

Diatermokoagulacja stanowi obecnie wyborną metodę paljatywną w leczeniu nowotworów złośliwych podniebienia, nagłośni i twarzy, opornie poddających się innym sposobom leczenia, i jest nadzieja, iż w niedalekiej przyszłości jej rola lecznicza nabierze coraz większego i donioślejszego znaczenia. Dalej, jest to wyborny sposób leczenia tworów krwawiących, które przez swe położenie, rozciągłość i pęd rozrostowy wymykają się innym sposobom leczenia.

Brodawczaki skóry i śluzówki lekko leczą się diatermokoagulacją, z wyjątkiem brodawczaków rozlanych krtani, przy których leczenie jest długie, trudne, a efekt wątpliwy. Elastyczność blizny, powstałej w następstwie elektrokoagulacji i jej minimalna wciągliwość pozwalają leczyć z dobrym wynikiem zwężenia.

Można powiedzieć, iż obecna elektrokoagulacja jest znakomitą metodą w leczeniu zrostów nosa, nozdrzy, zwężeń błoniastych tylnych odcinków tychże, zrostów podniebienia miękiego. Dalej, jest ona metodą nadzwyczaj dogodną leczenia gruźlicy nosa i języka; stoi ona jednak niżej galwano - kaustyki przy gruźlicy krtani, a nie jest wcale wskazaną w leczeniu gruźlicy gardzieli. Diatermokoagulacja pozwala usunąć, lub zmniejszyć bez wszelkiego niebezpieczeństwa powiększone migdałki, zwłaszcza gdzie usuwanie ich metodą krwawą jest przeciwwskazane ze względu na wiek lub skazę krwotoczną.

W. Gumiński.

SPRAWOZDANIE

Dorocznego Walnego Zgromadzenia „Polskiego Towarzystwa Otorhinolaryngologicznego“

odbytego dnia 11-go Lipca 1925 roku w Warszawie.

Przew. kol. Guranowski, sekr. kol. Dobrzański. Obecnych 40 kolegów. Zast. przewod. kol. Pieniążek otwiera doroczne Walne Zgromadzenie, witając w serdecznych słowach kolegów przybyłych ze Lwowa, Lublina, Poznania i Wilna. Dając w krótkich słowach rzut oka na działalność Towarzystwa za rok ubiegły, zaznacza, że niestety na terenie Warszawy i Krakowa nie można było dotychczas doprowadzić do całkowitej zgody, bo napotyka się na trudności i niechęć niektórych kolegów. Uchwałą ostatniego Walnego Zgromadzenia Zarząd miał przygotować projekt zmiany statutu, który będzie osobnym punktem obrad dzisiejszego zgromadzenia. Memorjał w sprawie walki z twardzielą, opracowany na ostatnim zjeździe, przesłano do odpowiednich władz rządowych, dotychczas jednak pozytywnych wyników w tej sprawie miarodajne czynniki nie powzięły.

Następnie jako delegat Pol. Tow. Otolaryng. i członek Komitetu organ. XII Zjazdu lekarzy i przyrodników zdaje sprawozdanie z czynności, zaznaczając, że w łonie XII zjazdu czynną będzie sekcja otolaryngologiczna, przyczem referaty pograniczne będą wygłaszane na wspólnych posiedzeniach z odpowiedniemi sekcjami (chirurgiczną, neurologiczną, okulistyczną, fizjologiczną i sekcją higjeny szkolnej). W końcu apeluje do wszystkich kolegów, by nie szczędzili trudu do pracy nad rozwojem naukowym Towarzystwa i utrzymaniem „Pol. Przeglądu otolaryngologicznego“, jako organu tegoż Towarzystwa. Proponuje na przewodniczącego Zgromadzenia kol. Guranowskiego i na asesorów kol. Pęskiego i kol. Meyersona, co jednogłośnie przyjęto. Prezes Towarzystwa, *kol. prof. Zalewski* dziękuje kol. *Pieniążkowi* za pełne poświęcenia i trudu prowadzenie czynności Pol. Tow. Otol. gdyż, nie będąc stale w Warszawie, nie mógł czynić tego osobiście.

W sprawie memorjałów w walce z twardzielą wyjaśnia przewodniczący, że była zwołana konferencja w Min. Ośw. Publicznego i Spraw Wewnętrznych, która jednak nie doszła do skutku z pwwodu nieprzybycia niektórych jej członków. W końcu proponuje, by kol. *D-ra Ludwika Guranowskiego*, zajętego nadal ofiarną pracą nad powstaniem i rozwojem Towarzystwa oraz ostatnio nad redakcją „Pol. Przeglądu Otolaryng.“, zamianować *członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.* Wniosek ten uchwalono przez aklamację. Następują sprawozdania sekretarza *kol. Czarneckiego* i skarbnika *kol. Gumińskiego.* Sprawozdania z czynności Sekcji Warszawskiej ogłoszone były w 1 i 2 zeszycie Pol. Przegl. Otolaryng. 1925.

2) *Sprawozdanie sekcji lwowskiej Pol. Tow. Otolaryngologicznego.* Liczba członków Towarzystwa wynosiła 13, z tych w obecnym roku jeden kol. Orest Litwinowicz zmarł, Sekcja lwowska przyjęła, warunkowo jako członków t. z. aż do zatwierdzenia przyjęcia ich przez obecne Walne Zgromadzenie 4 kolegów: D-ra Gausa Mateusza z Przemyśla, D-rów Kuźniara Wincentego, Schnecka Ludwika i Sonnenscheina Bernarda ze Lwowa. W razie więc przyjęcia przez W. Zgrom. wymienionych kolegów liczba członków sekcji wynosić będzie 16.

Doroczne Walne Zgromadzenie sek ji lwowskiej 4—XII 1924 r. wybrało Zarząd, w skład którego weszli: *kol. Zelewski* jako przewodniczący, *kol. Skrowaczewski* zast. przew. *kol. Relnhold* skarbnik i *kol. Kuźniar* sekretarz.

Sekcja lwowska odbyła 9 posiedzeń naukowych na których przedstawiono i przedyskutowano 26 przypadków a mianowicie: 4 przypadki ciał obcych w przełyku wydobytych przy pomocy oesophagoskopji, 1 przypadek fasoli w oskrzelu wydobyty przy pomocy bronchoskopji dolnej, 1 przyp. ziarna kawy w oskrzelu z zejściem śmiertelnem, 1 przyp. łupiny z orzecha w krtani, 1 przyp. zejścia śmiertelnego skutkiem ropni okołomigdałkowych, 1 przyp. ropowicy szyi po ekstyrpacji migdałków z zejściem śmiertelnem w skutek krwotoku, 1 przyp. włókniaka miękkiego nosa i jamy nosowogardłowej, 1 przyp. śródbłoniaka przedsionka nosa, 1 przyp. brodawczakowatości więzadeł głosowych, 1 przyp. torbieli zębodolowej wpuklonej do jamy Highmora wraz z róntgenogramami wykonanemi przy pomocy Lipojodola, 1 przyp. nadmiernego przerostu migd. językowego, 1 przyp. przecięcia krtani na wysokości chrząstki tarczykowej wraz z leczeniem następstw przecięcia, 1 przyp. gruźlicy krtani 'eczonej pr. Roentgena, 1 preparat anatomiczny twardzieli tchawicy i oskrzeli, 2 przyp. plastyki nosa siodełkowatego, 1 przyp. III rzędu kiły krtani, 1 przyp. afonji histerycznej, 1 przyp. herpes zoster oticus. 1 przyp. ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego z zajęciem błędnika, 1 przyp. chron. zapalenia wyrostka sutk. postaci Bezolda wraz z zajęciem zatoki esowatej,

Że spraw zawodowych poruszono na jednem z zebrań (6—IV b. r.) stosunek członków oddziału lwowskiego do Kas chorych, szczególnie kolejowej, i uchwalono następujący wniosek:

Członkowie Polskiego Towarzystwa Otorhinolaryngologicznego (Sekcja lwowska), stojąc na stanowisku wolnego wyboru lekarza, uchwalili nie przyjmować posad ryczałtowych w Kasach Chorych i zwracają się do ogółu kolegów specjalistów z prośbą o nieprzyjmowanie ryczałtowych posad w Kasach Chorych, nie wyłączając Kas Chorych kolejowych.

Nad uchwałą Sekcji lwowskiej w sprawie wolnego wyboru lekarza wywiązała się żywa dyskusja, w której zabierali głos D-r. Zalewski, Hellin, Dobrzański, Szmurło, Guranowski.

Kol. Guranowski zdaje sprawozdanie z działalności komitetu redakcyjnego i apeluje do kolegów, ażeby sprawozdania z posiedzeń naukowych oraz artykuły oryginalne umieszczane były w pierwszym rzędzie w „Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym“.

Kol. redaktor Guranowski prosi o uchwalenie wniosków 1) Sprawozdania z posiedzeń naukowych Sekcji mają być umieszczane w „Polskim Przeglądzie Oto-laryng.“. 2) Komitet redakcyjny ma się składać z 3 członków. 3) Referaty z pism zagranicznych będą koledzy przysyłali do redakcji „Przeglądu“.

Wszystkie powyższe wnioski uchwalono.

Sprawozdanie z działalności Wileńskiej Sekcji Pol. Tow. Otolaryng. za rok Akademicki 1924 — 25. Wygłosił przedstawiciel Wilna Dr. Wąsowski. Sekcja założona została z inicjatywy kol. Prof. Szmurły 2 czerwca 1924 r. Zarząd był obrany w składzie następującym: kol. Szmurło prezes, kol. Lewande wiceprezes, kol. Libo skarbnik, kol. Wąsowski sekretarz. Członków było 11. Posiedzeń naukowych było 7. W ciągu roku został wygłoszony jeden referat — przez kol. Wąsowskiego p. t. „O działaniu panitryny w przewlekłych cierpieniach ucha środkowego“. Pokazów było 24: 1 przypadek wyleczonego operacyjnie ropnia

mózgu, 1 przypadek postrzałowej rany nosa z kulą na podstawie czaszki (wraz z Roentgenogramami), 1 przypadek leczenia objawów meningealnych nakłuciem komory bocznej, pokaz preparatu anatomicznego ropnia móżdżku, 1 przypadek ogromnego perlaka, który zniszczył całą kość skroniową, 1, przypadek chłoniaka jamistego gardzieli, 1 przypadek po operacji Killiana, w którym stwierdzono całkowite połączenie obu jam czołowych, odczytanie historji chorób 3 chorych zmarłych na ropne zapalenie opon mózgowych, gdzie stwierdzono ropnie móżdżku, oraz omówienie tej sprawy, 1 przypadek raka krtani, 2 przypadki gruźlicy nosa, 1 przypadek wyleczonego operacyjnie ropnia mózgu, 1 przypadek wyleczonego, ropnego zapalenia opon mózgowych, 1 przypadek mięsaka szyi, wychodzącego z krtani, 1 przypadek słyszalnego przez otoczenie trzasku w uszach, torbieli położonej pod dnem nosa, 1 przypadek twardzieli nosa i tchawicy, 1 przypadek pemphigus gardła, krtani i skóry. 1 przypadek zwężenia po durze brzusznym, 1 przypadek dziaphragma laryngis, 1 przypadek raka nosa.

Kol. Pieniążek omawia projek statutu nowego który uchwalono podać wszystkim kolegom do wiadomości, a przedyskutować i uchwalić na następnem Walnem Zgromadzeniu Członków.

Przyjęto na członków Towarzystwa:

Z Warszawy kolegów *Wygodzkiego i Mackiewicza.*

Ze Lwowa kol. *Kuźniara, Gausa, Schnecka* i *Sonnensheina.*

Wybrano Zarząd w składzie następującym: Przewodniczący: Kol. Prof. *Szmurło* z Wilna, zastępcy przewodn.: kol. *Pęski* i kol. *Lubliner,* skarbnik kol. *Wł. Hertz,* sekretarz kol. *Polański.*

Komitet redakcyjny: Kol. Guranowski, Czarnecki i Gumiński.

Jako termin przyszłego Zjazdu uchwalono Zielone Świątki przyszłego roku *we Lwowie.*

Tematy programowe: 1) Znieczulenie miejscowe w oto-laryngologii (ref. Prof. Szmurło i kol. Dobrzański).

2) Twardziel (ref. Prof. Zalewski i Prof. Nowicki).

3) Laryngoskopja u dzieci: (kol. Hellin i kol. Pieniążek).

Sprawozdanie Kasowe Polsk. Tow. Otolaryngologiczn.

Stan Kasy Towarzystwa w dniu 4 czerwca 1924 r. wykazywał sumę 30.094.564 mk., co po przerachowaniu wyniosło	16 złp. 07 gr.
ówcześnie Konto P. K. O.	66 złp. 35 gr.
do końca roku 1924 ze składek wpłynęło	1378 złp. 60 gr.
zamknięto więc rok 1924 sumą	1461 złp. 02 gr.
Wydatki z działalnością Towarzystwa związane, od dnia 4 VI 24— do końca roku wynosiły	94 złp. 46 gr.
pozostało	1366 złp. 56 gr.
którą to sumę przeniesiono na rok 1925.	
Składka Sekcji Lwowskiej	200 złp. —
Rozporządzano więc w styczniu 1925 roku	1566 złp. 56 gr.
Ogólne koszta wydawnictwa II III i IV zeszytów wynosiły . .	1455 złp. 15 gr.

(nie licząc wpływów z ogłoszeń, które dały w sumie 645 złp. 2 gr.).

Po opłaceniu więc kosztów wydawnictwa w dniu 6/IV 1925 roku w kasie pozostało gotówką . . . . 19 złp. 68 gr.

w P. K. O. — przekazem . . . . 91 złp. 73 gr.

W dalszym ciągu na ręce skarbnika wpłynęło gotówką ze składek 334 złp. co wraz z sumą z dnia 6/IV 25 roku uczyniło w gotówce . . . . 353 złp. 68 gr.

Z tego wydospowano od kwietnia do lipca r. b. . . . . 97 złp. 50 gr.

pozostało więc w dniu 11/VII 25 r. gotówką . . . . 256 złp. 18 gr.

przekazem na P. K. O. było . . . . 361 złp. 28 gr.

Powyższe dane Komisja Rewizyjna w dniu 10 lipca 1925 roku przejrzała i przyjęła.

Wniosek w sprawie zmian i uzupełnień Statutu Pol. Tow. Otorynolaryngologicznego, odczytany na Waln. Zgromadzeniu w dn. 11 lipca 1925 r.

Do § 3. ....wnoszący na imię przewodniczącego Towarzystwa lub Sekcji odpowiednie podanie z opisem i t. d. i przyjęty na członka czynnego przez Komisję wyborczą. Kandydaci, których wybór w Komisji wyborczej nie przeszedł mogą odwołać się do ogólnego dorocznego zebrania delegatów, wnosząc na 4 tygodnie przed tem zebraniem odpowiednie podanie na imię przewodniczącego Towarzystwa.

Do art. 6. ...większością głosów Komisji wyborczej. Nieprzyjętemu przez Komisję przysługuje prawo odwołania się do ogólnego dorocznego zebrania delegatów w porządku, wskazanym w art. 3.

§ 10. ...na zasadzie absolutnej większości głosów zebrania delegatów i t.d.

§ 13. w ustępie pierwszym: ...ustanowioną przez zebranie delegatów.

W ustępie drugim: ...na mocy uchwały komisji wyborczej; od uchwały komisji wyborczej przysługuje odwołanie do ogólnego zebrania delegatów.

§ 14. Składka wynosi 20 zł. półrocznie.

§ 17. Walne zebrania składają się z delegatów wybranych przez oddziały Towarzystwa w stosunku 1 delegata oraz zastępcy na członków. Walne zebrania bywają zwyczajne i t. d.

§ 21. Zamiast „wybór i usuwanie członków" — załatwianie odwołań członków nie przyjętych lub wykreślonych przez Komisję wyborczą.

Doroczne zebrania członków oddziałów wybierają komisje wyborcze w składzie 2 — 4 członków. oraz wybierają delegatów i ich zastępców na walne zebrania.

§ 22. Po słowie „skarbnika" dodać bibliotekarza.

§ 25. Ustęp 1 dopełnić: „przez przewodniczącego oddziału".

Ustęp 4. ....na zwoływaniu zjazdów naukowych w terminie nie dłuższym nad 2 lata.. i na urządzaniu dorocznych zebrań delegatów w celu wysłuchania sprawozdań i załatwienia spraw Towarzystwa oraz dokonania wyborów. Z zebraniem delegatów mogą być łączone i zjazdy naukowe Towarzystwa.

§ 27. ...zamiast „niepodlegają dyskusji" — podlegają dyskusji po wyczerpaniu programu i uprzedniej zgodzie uczestników. Uchwały i wnioski nie mogą jednak zapadać na tem samem walnem zebraniu.

§ 31. Towarzystwo na skutek zgłoszenia podpisanego przynajmniej przez 5 lekarzy uchwałą zarządu może otwierać oddziały. Sprawami oddziałów kierują zarządy, wybierane przez członków oddziału na walnych dorocznych zebraniach oddziałów i składające się z przewodniczącego, sekretarza i skarbnika. Oddział Warszawski może polecić kierownictwo Oddziału Zarządowi Towarzystwa. Na dorocznych zebraniach oddziałów uskuteczniają się też wybory delegatów na walne zebrania Towarzystwa, i komisji wyborczych zgodnie z artykułami 17 i 21.

Dr. Pieniążek.

Sprawozdanie z posiedzeń Pol. T-wa Otolaryngol. w Warszawie.

I. Posiedzenie w d. 24 Września 1925 r.

Posiedzenie było poświęcone uczczeniu pamięci prof. T. Herynga.

Przed posiedzeniem **Dr. Kmita** przedstawił chorego l. 67 z porażeniem prawostronnem krtani i zmianami przerostowemi prawej struny głosowej. Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Przewodniczący **Dr. Lubliner** — w obszernem omówieniu prac ś. p. prof. Herynga zestawia prace na polu medycyny doświadczalnej, wybiera około setki prac naukowych, poświęconych laryngo i rynologji, podkreśla wielką wartość prac nad gruźlicą krtani. **Dr. Srebrny** streszcza prace ś. p. prof. Herynga poświęcone gruźlicy krtani.

Dr. Z. Dobrowolski mówił o zasługach prof. H. na polu pedagogicznem i zwrócił uwagę na prace w dziedzinie higjeny i sportu, poczem uczczono pamięć wielkiego lekarza i członka honorowego T-wa przez ogólne powstanie z miejsc.

II. Posiedzenie dn. 29 Października.

Przystąpiono do dyskusji nad demonstrowanym na poprzednim posiedzeniu przypadkiem kol. Kmity.

Przypadek dotyczył chorego l. 67 z porażeniem prawostronnem krtani i zmianami przerostowemi prawej struny głosowej; przy badaniu drobnowidzowem wyciętego kawałka tkanki z porażonej struny znaleziono tylko objawy przewlekłego przerostowego zapalenia; prześwietlenie chorego promieniami Rentgena wykazało znaczne rozszerzenie tętnicy głównej wstępującej, co nie może mieć żadnego związku ze sprawą chorobową prawej struny głosowej, jak zaznaczył w dyskusji **Meyerson,** i radził zwrócić uwagę na staw chrząstkowo - nalewkowy, czy ten ostatni nie bierze udziału w sprawie zapalnej i ograniczeniu ruchów struny głosowej. **Kenigstein** sądzi, że usunięcie głębszych części nacieku struny głosowej może dałoby wynik dodatni w kierunku nowotworu złośliwego, gdyż unieruchomienie nacieczonej prawej struny głosowej i wiek chorego przemawiają za nowotworem złośliwym, który może wyrastać z zatoki Morgayn'ego.

Następnie kol. Kmita wygłosił odczyt: Z kazuistyki spraw zapalnych jamy szczękowej. Przypadek dotyczył kobiety l. 60, która od dłuższego czasu cierpiała na wyciek ropny z prawej strony nosa, po pewnym czasie nastąpiło wygórowanie prawego policzka i podniesienie ciepłoty. Roentgen wykazał zaciemnienie

prawej zatoki szczękowej. Wykonano otwarcie zatoki szczękowej sposobem Caldvell-Luc'a. Po tygodniu ropienia w zatoce już nie było. W dyzkusji zabierali głos: Kenigstein, Oppenhein i B. Chorążycki.

III. Posiedzenie dn. 26 Listopada.

Przewodniczący Lubliner odczytał projekt odezwy, wystosowanej do członków T-wa Otolaryngol. z prośbą o nadsyłanie prac, odbitek, broszur, pism i t. d. z dziedziny otorhinolaryngologji do mającej się utworzyć biblioteki imienia ś. p. prof. Herynga w celu trwalszego uczczenia zasług zmarłego członka honorowego T-wa.

Pieniążek demonstrował chorego l. 40, który po przebytej w połowie września r. b., anginie zaniemógł na chrypkę, spowodowaną porażeniem prawej połowy krtani; prawa struna głosowa nieruchoma w pozycji środkowej; barwa struny mało zmieniona.

Przy omawianiu danego przypadku **Pieniążek** przytacza zdania niektórych autorów (Szmidt i inni), którzy zaznaczają, że angina w etjologji toksycznych neuritów odgrywa pewną rolę, i podnoszą rzadkość porażeń prawostronnych krtani wogóle. W dyskusji zabierali głos Gotfryd, Tryjarski i Lubliner, który zaznacza, że porażenia najczęściej zdarzają się po błonicy (bywa porażenie i miękkiego podniebienia, czego niema w demonstrowanym przypadku) i zazwyczaj należą do ciężkich, obserwował nawet 2 zejścia śmiertelne u dzieci, lecz oprócz tej kategorji porażeń t. zw. toksycznych, bywają porażenia „reumatyczne" t. zw. a frigore.

W. Polański.

Wiadomości bieżące.

Senat Uniwersytetu Stefana Batorego na przedstawienie Wydziału Lekarskiego w uznaniu zasług naukowych D-ra kol. *Ludwika Guranowskiego,* redaktora Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego, członka honorowego Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, przyznał mu stopień doktora medycyny.

Senat Uniwersytetu Stefana Batorego przyznał stopień doktora medycyny Dr. kol. *Tadeuszowi Wąsowskiemu,* asystentowi Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. po obronie przez niego rozprawy doktoryzacyjnej pod tytułem: *„Formuła lenkocytowa w ropnem zapoleniu ncha środkowego i jego powikłaniach i jej znaczenie rozpoznawcze z uwzględnieniem bakterjologji tych cierpień.*

Francuska Otolaryngologja poniosła w roku bieżącym wielką stratę w skutek śmierci jednego z najwybitniejszych laryngologów spółczesnych D-ra *Henryka Luca.* Zmarły był twórcą kilku metod operacyjnych na zatokach bocznych, które po wsze czasy związane zostały z jego nazwiskiem. Dzieła jego cechuje nad zwyczajna jasność wykładu, szerokość widnokręgów, a jednocześnie wielka ścisłość naukowa. Do najwybitniejszych należą: *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales.* Ś. p. *H. Luc* zmarł dnia 25 września w 70 roku życia i pochowany został w rodzinnem mieście St. Omer.

W sierpniu r. b. zmarł wybitny laryngolog francuski Dr. *Henryk Chatellier* w 69 roku życia. Zmarły zostawił liczne prace pizeważnie z anatomji i histologji ucha środkowego i nosa.

Na dorocznem Walnem Zgromadzenin Francuskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, które odbyło się w końcu października, były szczegółowo omawian, następujące tematy: 1) *Otites latentes chezl'enfant.* Referenci J. Le Mée, A. Bloch i P. Cazejust. 2) *Les phénomènes Sympathiques en Rhinologie,* Referent M. E. Halphen.

